Rok XXXVIII. Kraków, 11 Marca 1899. Nr. 10.

**Redakcya:**
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

**Administracya:**
Rynek głów[illegible] A—B, Nr. 45, I. piętro.

**Expedycya miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

**Ogłoszenia**
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

## ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
## KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

**Przedpłatę**
przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 36, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 180 Broome Streets.

**Rękopisy**
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ $1^{1}/_{2}$ „ | „ $3^{1}/_{2}$ „ | „ 6 „ |

Treść:

I. Prof. Dr. Machek: Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki . . . . . str. 127—128
II. Dr. Rutkowski: Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków (c. d.). . . . . . . . str. 129—133
III. **Oceny i sprawozdania**. Dr. Ołtuszewski: Psychologia oraz filozofia mowy . . . . . . . . . str. 133
IV. **Wyciągi**. Hasenfeld i Fenyvessy: O sprawności serca stłuszczonego. — Rosenfeld: Kliniczne rozpoznanie wielkości, kształtu i położenia żołądka. — I. Prof. Naunyn: O zajściach w przebiegu kamicy żółciowej, które rozstrzygają o wskazaniach do operacyi. II. Löbker: Moje doświadczenia w dziedzinie patologii i chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. — Walthard: O wymóżdżeniu płodu zapomocą trójramiennego kranioklastu. — Prof. Rosenheim: Przyczynki do wziernikowania przełyku. — Krafft-Ebing: Przepracowanie miejscowe przyczyną drżączki porażnej (porażenia z drżeniem) (*paralysis agitans*). — Pott: Działanie promieni Röntgena na hodowle zarazków gruźliczych. Dr. Engelien: Przypadek tężca urazowego leczony surowicą przeciwtężcową . . . . . . . . . . str. 133—137
V. **Zapiski lecznicze i nowe leki**. E. Merck (Darmstadt) (ciąg dalszy) . . . . . . . . . str. 137
VI. **Sprawy Tow. lekarskich**. Tow. lek. krakowskie . . str. 138
VII. Kilka uwag w sprawie leczenia błonicy surowicą w Galicyi napisał prof. Dr. Jakubowski . . . . . str. 138—139
VIII. **Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie**. Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka . . . . . . . str. 139
IX. **Wiadomości bieżące** . . . . . . . str. 139—140
X. **Ogłoszenia**.

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Marca 1899. Nr. 10.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki.

**Prof. Dr. Emanuel Machek.**

(Wykład przy otwarciu kliniki okulistycznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899 r.).

Panowie!

Z dzisiejszym dniem wchodzi w życie klinika okulistyczna, jako dalsze uzupełnienie wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego. Klinika i katedra mają naprzód służyć celom akademickim, a więc dydaktycznym i naukowym. Mają tu przyszli lekarze uzupełniać swoje wykształcenie i mamy tutaj badać zboczenia chorobowe oczu, aby z zebranych spostrzeżeń wysnuwać prawa kierujące narządem wzrokowym, czem służyć mamy nauce. Stykając się wreszcie w klinice z cierpiącą ludnością mamy zadość uczynić także zadaniom humanitarnym, a więc i społecznym. Co do tych dość powiedzieć, że żyjemy w kraju, w którym sprawozdanie Rady zdrowia wykazuje 5000 ciemnych, w kraju, w którym rocznie około 1000 ludzi nieprzyjmują do służby wojskowej wyłącznie z powodu jaglicy, a więc jednej choroby ocznej, ktoraby ściśle wziąwszy wytępić można, a której niektóre kraje europejskie wcale nie znają.

Wobec tych zadań wejście w życie katedry i kliniki ocznej jest dniem uroczystym i to nietylko dla nas, którzy się brać mamy bezpośrednio do pracy w nowych warunkach, lecz dla każdego, kto myśląc głębiej pragnie, aby społeczeństwo nasze żyło w warunkach odpowiednich cywilizacyi naszego wieku.

W dniu tym przerywam tok zwykłych wykładów, które z początkiem półrocza rozpocząłem na oddziale ocznym szpitala krajowego, a z powodu dzisiejszej uroczystości, chcę odpowiedzieć na pytania, mające ogólniejsze dla okulistyki znaczenie. Wiadomo, że ta gałęź nauk lekarskich uległa w ostatnich niespełna 50-ciu latach bardzo znacznemu przekształceniu. O zdobyczach naukowych tego krótkiego czasu powiedział Saemisch, że historya wzbogacenia wiedzy ludzkiej wogóle niewiele wykaże przykładów tak niespodziewanego, tak nadzwyczaj szybkiego i tak bogatego w owoce dla cierpiącej ludzkości postępu jakiejś gałęzi naukowej, jakim był rozwój okulistyki w tym czasie. Czemu ten rozwój zawdzięczamy? Jakie były drogi, któremi okulistyka doszła do dzisiejszego naukowego stanowiska?

Na te pytania znajdziemy odpowiedź, jeżeli przypatrzymy się znaczeniu i doniosłości nowych środków i sposobów badania. Tu jednakże już zaznaczyć muszę, że okulistyka idąc za innemi gałęziami nauk lekarskich porzuca spekulacye, które zaprowadziły medycynę na drogę wyrozumowanych, a błędnych systemów, a zwraca się ku przyrodniczym badaniom, powiększającym ilość zjawisk, które spostrzegać możemy, a to właśnie pogłębia i rozszerza zakres wiadomości o oku, tegoż czynności i jego chorobach.

Oko, które jak Helmholz powiedział, fizykom służy za niedościgniony wzór optycznego przyrządu, oparte jest przedewszystkiem na prawach optycznych. Spodziewać się należało, że przynajmniej prawa optyki znajdą co do oka zastosowanie, a to tem bardziej, że ich poznanie od czasów Keplera, Descarta i Scheinera zrobiło znaczne postępy. Lecz stała temu na przeszkodzie niedostateczna znajomość budowy, składu i czynności oka. Dopiero wydoskonalenie drobnowidów w pierwszej połowie tego wieku umożebniło zbadanie nietylko grubszych części składowych narządu wzrokowego, lecz także histologicznego ich utkania i drobnych a ważnych urządzeń śródgałkowych w ich stanie prawidłowym i chorobowym. Z poznaniem budowy, postępuje i poznanie fizyologicznej czynności oka. Co rozpoczął Jan Müller i Purkinje, prowadzą dalej Kölliker, Schulze i Henryk Müller, kładąc w ten sposób podwaliny pod nowszą okulistykę, a wreszcie Helmholz pracuje nad fizyologiczną optyką.

Najdonioślejszym owocem jego epokowych prac był wynalazek wziernika ocznego, dokonany w r. 1851. Wynalezienie tego środka badania nietylko stanowi przełom w okulistyce, lecz stało się także bogatem źródłem, z którego płynie obficie pomoc dla cierpiącej ludzkości.

Wziernikiem oświecamy wnętrze oka. Zrenica się rozjaśnia a odsłaniają się środki łamiące, siatkówka, naczyniówka i nerw wzrokowy. Naczynia krwionośne, które chirurg tylko krwawą drogą odsłonić może, widzimy wziernikiem, a że ściany naczyń są przeźroczyste rozpoznajemy barwę krwi żylnej i tętniczej; śledząc wreszcie odpływającą falę krwi, możemy okiem w oku liczyć tętno serca. Wziernik umożebnia nam wprost widzenie wnętrza oka z największą dokładnością, w barwnem oświetleniu, przy znacznem powiększeniu.

Od chwili zastosowania wziernika do badań naukowych następuje nadzwyczaj szybki rozwój okulistyki, który wykazuje z dniem każdym nowe odkrycia, mające najdonioślejsze znaczenie nie tylko dla patologii i leczenia chorób oka, lecz także dla nauki o chorobach wewnętrznych ustroju.

Okazało się naprzód, że to, co dawniej nazywano czarną kataraktą, to cały szereg najróżnorodniejszych chorób. Rozumiano zaś przez tę nazwę zmiany wewnątrz gałkowe o najrozmaitszych a subtelnie opisywanych obrazach chorobowych, z których niektóre jak n. p. obraz jaskry sięgają czasów greckich Asklepiadów, a które miały jedną cechę wspólną,

że prędzej lub później prowadziły do zupełnej ślepoty. Rozpatrzywszy się wziernikiem ocznym we wnętrzu oka, odkryto że z małymi wyjątkami, wszystkie prawie te choroby są uleczalne. Wziernik wogóle stworzył patologię środków łamiących, naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego; każda z tych części okulistyki to nowy a wielki dział wiedzy lekarskiej, który dotąd wcale nie istniał. Lecz wziernik ma także doniosłe znaczenie dla medycyny wogóle.

Przypatrzmy się tylko znaczeniu zmian, które widzimy wziernikiem w siatkówce. Rozpoznanie chorób naczyń krwionośnych siatkówki jest wprost anatomiczne. Tu widzieć możemy zgrubienia, rozszerzenia, pokręcenia i zaczopowania naczyń. Jeżeli skutkiem złego odżywiania lub zmian schyłkowych, naczynia są kruche, to wówczas pękają one pod naciskiem parcia ościennego, a krew występuje tworząc wybroczyny, z których nawet bardzo drobne możemy wziernikiem widzieć, a nadto oznaczyć w jakiej histologicznej warstwie siatkówkowej się znajdują. Całymi miesiącami spostrzegamy wybroczyny w oczach, pozornie bez upośledzenia widzenia, jeżeli są obwodowe; patrząc na nie możemy zrozumieć objawy chorobowe, powstające na tle kruchości naczyń, a usadowione w mózgu lub w nerkach. Także w miąższu siatkówki widzieć możemy plamy, zgrubienia, zaciemnienia zwyrodnienia i przerosty. Tu doświadczenie uczy, że według siedziby i wejrzenia tych zmian chorobowych na dnie oka powstają znamienne obrazy wziernikowe, tak, że wystarczy zajrzeć do oka, aby rozpoznać różne choroby ustroju jak chorobę Brighta, kiłę, cukrzycę złośliwą, zabójczą niedokrewność, białaczkę, oksalurye, wady serca, choroby mózgu, a to w niektórych z tych chorób w tych okresach, w których chory jeszcze niema świadomości ogólnego cierpienia.

Innym sposobem badania oka, któremu wiele okulistyka zawdzięcza, jest badanie napięcia gałki ocznej czyli ucisku śródocznego. Wprowadzenie tego sposobu badania do okulistyki zawdzięczamy Graefemu, chociaż poprzednio już Mackenzie zwrócił uwagę na jego znaczenie. Treść gałki ocznej jest niemal płynną, a otacza ją elastyczna błona. Do oka za życia ciecze przypływają i odpływają. Dla zachowania hydrostatycznej równowagi konieczną jest rzeczą, by ilość cieczy przypływających równała się ilości cieczy odpływających. Jeżeli n. p. więcej cieczy przypływa, niż w stanie fizyologicznym, a tyle tylko odpływa, jak w stanie prawidłowym, wtedy przybywa treści, parcie na wewnętrzną ścianę gałki wzmaga się, a oko staje się twardszem. Twardość zaś oka trwająca czas dłuższy, prowadzi w każdym przypadku do nieuleczalnej ślepoty. Choroby połączone z podwyższonym uciskiem śródocznym nazywamy jaskrowemi. Graefe jednakże spostrzegł, że oczy po obwodowem wycięciu tęczówki Benedicta stawały się miększe. Wpadł tedy na myśl, czyby nie można w tych przypadkach, w których oko jest twardsze obniżyć parcia śródocznego przez wycięcie tęczówki; myśl sama w sobie prosta i naturalna. Próba się powiodła i tą drogą wynalazł Graefe sposób operowania jaskry, choroby, o której Sichel w r. 1855, w pracy ogłoszonej przez akad. franc., jako niezbity pewnik podaje, że nie znany jest ani jeden przypadek jej uleczenia. Ta choroba stała się już w następnym roku uleczalną. Operacya ta, to jeden z największych leczniczych wynalazków naszego wieku. Jej zawdzięczają tysiące ludzi, którzy w sile wieku utracili wzrok, jego przywrócenie, ona powróciła ich światłu i pracy.

Dzięki temu, że oko jest w wysokim stopniu przystępne badaniom optycznym, mógł Donders z Utrechtu z rachunkową ścisłością wykończyć naukę o refrakcyi i akomodacyi. Już Kepler wykazał, że pierwszym warunkiem dokładnego widzenia jest wyraźny obraz widzianego przedmiotu na siatkówce. Jeżeli badany dokładnie nie widział, a wnosić było można, że załamanie jest przyczyną niedość wyraźnego obrazu siatkówkowego, tedy umieszczał Donders przed okiem środki łamiące, dopóki nie znalazł soczewki, która poprawiała należycie widzenie, sprawiając, że na siatkówce wytworzył się wyraźny obraz. Z potrzebnych do tego soczewek obliczał Donders siłę łamiącą oka, jako systemu optycznego. Tak oznaczał refrakcyę. A kiedy Brücke, dzięki mikroskopom, odkrył mięsień rzęskowy, mógł Donders wykończyć naukę o akomodacyi. A czem była poprzednio nauka o wyrównaniu wad budowy oka? empirya bez zrozumienia na czem polega istota rzeczy, a dziś jest najściślejszą gałęzią nauk lekarskich wogóle. Słusznie mówi Donders, że wyniki badań naukowych pozostają tu w ścisłym związku z zastosowaniem. Badanie oka odbywa się tak, jak badanie fizycznych przyrządów. Stopień porażenia mięśnia nastawczego po błonicy, która przeminęła niepostrzeżenie, rachunkowo oznaczamy ilością dioptryi i zwracamy uwagę otoczenia na szkodliwe skutki pierwotnego cierpienia. Na wyrównanie zboczeń budowy, posiadamy matematycznie obliczone środki poprawy i rozumiemy jak najdokładniej, dlaczego tak, a nie inaczej, postąpić należy. Oczom, które dawniej wypowiadały beznadziejnie swoją służbę, przywracamy prawidłową czynność zapomocą prostych środków optycznych.

Znowu innym, a ważnym środkiem badania, jest badanie pola widzenia zapomocą perimetru, tak na białe światło, jak i na barwne promienie. Badaniu pola widzenia zawdzięczamy wykrycie całego szeregu zmian w plamce żółtej i na obwodzie, upośledzających widzenie; ono objaśniło nas o szczegółach połowiczego widzenia, które już Newton spostrzegł, oparłszy na niem swój domysł, o skrzyżowaniu nerwów wzrokowych, a najnowsze badania wykazały, że domysł Newtona był słuszny. Badanie zaś na barwy może nas pouczyć, czy mamy do czynienia ze zboczeniami przewodzących, czy światło odczuwających pierwocin nerwowych.

Wydoskonalona wreszcie nauka o ruchach oczu, dostarczyła nowego sposobu badania, który co do ścisłości przypomina badanie optycznych przyrządów. Jest nim sposób badania zdwojonych obrazów w przypadkach porażenia zewnętrznych mięśni ocznych. Zapomocą zdwojonych obrazów możemy wykazać porażenia w tych okresach, w których żadnym innym sposobem nie możnaby ich wykazać. Porażenia zaś zewnętrznych mięśni ocznych, tak samo, jak mięśni śródgałkowych, należą często do najważniejszych i najwcześniejszych objawów wiądu rdzenia pacierzowego i postępowego porażenia. Te i inne sposoby badania, które tak bardzo powiększyły ilość naszych spostrzeżeń, dostarczyły wielu wskazówek rozpoznawczych i leczniczych, niosąc w skutkach swoich cierpiącej ludzkości błogosławioną pomoc.

(Dokończenie nastąpi).

# Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

**Dr. Maksymilian Rutkowski.**

(Ciąg dalszy).

## TABLICA XV.

### Rak jelita. *Carcinoma intest.* Przypadków 13.

| L. p. | Imię, nazwisko, wiek. | Czas trwania choroby | Przypady znalezione przy badaniu | Rozpoznanie przed operacyą | Operacya | Stosunki wśród operacyi | Rozpoznanie wśród operacyi | Wynik | Uwaga |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 144* | Marya Kaczmarska, l. 89. | 3 mies. | Bóle napadowe. Ruch wybitny. | *Stenosis intest. verisim. carcinomat.* | *Resectio flexur. S. Enterorhaphia.* | Nowotwór wielkości jaja kurzego, zwężający światło kiszki. | *Carcinoma flex. sigm.* | *Mors* w 3 dni. | Sekcya: *Peritonitis.* |
| 145* | Andrzej Pawlikowski, l. 37. | 8 dni | Od miesiąca objawy zwężenia. Obecnie bóle napadowe. Wzdęcie duże. Guz twardy w okolicy lewej dolnej. Ruch jelit znaczny. | *Stenosis verisim. carcinomat.* | *Anus praet. nat.* | Naciek rakowy w całej kiszce esowatej, nieruchomej. | *dtto* | *Emelior.* | |
| 146* | Jan Baniak, l. 35. | 7 mies. | Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Ruch jelit wybitny. Rak odbytnicy. | *Carcinoma recti inoperab.* | *Anus praet. natur.* | Cała kiszka gruba rozdęta, ściany przerosłe. | *Carcinoma recti inoper.* | *Mors* w 48 godzin. | Sekcya wykazała: posokowate zapal. otrzewnej około zaszytego i wpuszczonego dolnego odcinka kiszki. |
| 147* | Małgorzata Obrąbek, l. 53. | 2 mies. | Bóle napadowe. Wzdęcie zwłaszcza w dolnej części brzucha. Ruch jelit widoczny. | *Stenosis int.* | *Enteroanastomosis.* | Część kiszki wstępującej i poprzecznicy zajęte rakiem i zrośnięte z wątrobą. | *Carcinoma inoperab. coli ascend. et transversi.* | *Mors* w 48 godzin. | |
| 148* | Samuel Koenig, l. 50. | 5 dni | Od 4 miesięcy objawy zwężenia. Obecnie stan zły. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne. | *dtto* | *Laparot.* | Guz rakowy w kiszce esowatej. Rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. | *Carcinoma flexur. S. Peritonitis.* | *Mors* w czasie operacyi. | |
| 149* | Mężczyzna, l. 54. | Kilka dni | Od kilku lat dolegliwości. Stan dość dobry. Bóle. Wzdęcie duże. Ruchy jelit silne. | *Strictura coli carcinomat.* | *Anus praet. natur.* | Na dość znacznej przestrzeni naciek rakowy kiszki esowatej. | *Carcinom. flex. S.* | *Mors* w 5 dni. | Początkowo znaczne polepszenie, potem objawy udaru mózgowego. Sekcya: *Apoplexia cerebri.* |
| 150* | Kobieta, l. 65. | | Od kilku lat dolegliwości. Obecnie wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Ruch jelit wybitny. | *Carcinoma recti, vaginae et uteri.* | *Anus praet. natur.* | | *Carcinoma recti, vagin. et uteri.* | *Emelior.* | |
| 151* | Ks. Franciszek Gałuszka, l. 56. | 3 dni | Od 2 lat dolegliwości. Stan zły. Wymioty. Bóle znaczne. Wzdęcie niejednostajne. *Per rectum* guz. Ruchy początkowo były. | *Carcinoma recti. Peritonitis.* | *Anus praet. naturam.* | Rak zajmuje kiszkę esowatą i prostą. | *Carcinoma flexur. et recti. Peritonitis.* | *Mors* w 30 godzin. | |
| 152* | Kobieta, l. 55. | Kilka mies. | Stan zły. Bóle napadowe. Wzdęcie niejednostajne. Ruch jelit duży. | *Carcinoma recti.* | *Anus praet. naturam.* | Rak zajmuje górną część kiszki prostej. | *Carcinoma recti.* | *Mors* w 48 godzin. | |

| L. p. | Imię, nazwisko, wiek | Czas trwania choroby | Przypady znalezione przy badaniu | Rozpoznanie przed operacyą | Operacya | Stosunki wśród operacyi | Rozpoznanie wśród operacyi | Wynik | Uwaga |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 153* | Kobieta, l. 40. | 3 dni | Stan zły. Silne bóle. Wzdęcie znaczne niejednostajne. Wzdęcie miejscowe. | *Torsio flex. S.* | *Entero-anastomosis.* Połączono poprzecznicę z kiszką esowatą. | Rak w kiszce esowatej na przejściu w okrężnicę zstępującą. Wzdęcie miejscowe pochodzi od skręcenia poprzecznicy. | *Carcinoma coli descend. et flex. S.* | *Mors* w 48 godzin. | |
| 154* | Frajda Czaczkes, l. 50. | 28 dni | Bóle mierne. Wzdęcie duże niejednostajne. Silny ruch jelit. | *Probab. carcinoma intest.* | *Anus praet. natur.* | | *Carcinoma flex. S. inoperab.* | *Mors* w 3 dni. | |
| 155 | Ignacy Głogowski, l. 66. | 2 dni | Siły słabe. Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie duże. Poprzecznica rysuje się. | *Occlusio intest. mech.* | *Anus praet. natur.* | | *Carcinoma flex. S.* | *Mors* w 24 godzin. | |
| 156 | Jawdocha Góral, l. 48. | | Przed 3 tygodniami bóle brzucha, przed 2 zatrzymanie stolca i wiatrów; po środkach przeczyszczających stolec — od tygodnia zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów. Stan lichy. Wymioty częste. Bóle duże. Brzuch bolesny. Wzdęcie znaczne. Poniżej pępka zarysowane pętle jelitowe. Ruch wzmożony. | *Occlusio intest. mech.* | *Entero-anastomosis.* | W jamie brzusznej znaczna ilość płynu surowiczego. Jelita rozdęte. Kiszka zstępująca okrężnie zajęta nowotworem. | *Carcinoma coli descend.* | *Mors* w 24 godzin. | |

Chorzy z objawami niedrożności z powodu raka jelit okazywali znaczne wycieńczenie, a w wywiadach podnosili długie trwanie cierpienia, wśród którego występowało nagle pogorszenie. Wymioty u 3 tylko chorych były częste, a raz kałowe, u innych zaś pojawiały się tylko nudności. Bóle były zawsze silne, napadowe.

Wzdęcie brzucha stosownie do czasu choroby raz było nieznaczne, to znów wielkich rozmiarów. Kształt wzdęcia, odpowiednio do siedziby nowotworu, był rozmaity. Ruch jelit bywał zazwyczaj bardzo wybitny i miał stały kierunek. 2 razy (148, 151) ruchu nie było; w obu tych przypadkach stwierdzono wśród operacyi zapalenie otrzewnej. W przypadku 153 wybadano przed operacyą wzdęcie miejscowe, a po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że pochodzi ono ze skręcenia poprzecznicy, — sprawy towarzyszącej głównemu cierpieniu. Najczęściej rak zajmował kiszkę esowatą, bo 7 razy, a raz przechodził z kiszki esowatej na kiszkę zstępującą. W 3-ch przypadkach znajdował się rak w kiszce prostej, raz w kiszce wstępującej i poprzecznicy, a raz w kiszce zstępującej. Rozmiary nowotworu były nadzwyczaj wielkie, gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe znacznie zajęte.

Nowotwór zdołano usunąć tylko raz; w innych przypadkach z powodu znacznych rozmiarów raka musiano się starać jedynie o ominięcie przeszkody, co uzyskano 8 razy przez założenie rzyci sztucznej, a 3 razy przez entero-anastomozę. Jeden chory wśród operacyi zmarł. Z 13 leczonych chorych 10 zmarło.

---

Rozpatrując zmiany anatomo-patologiczne w naszych przypadkach, widzimy dwa główne typy. W gromadzie pierwszej, do której zaliczam skręt kiszki esowatej, skręt jelita biodrowego, skręt kątnicy, zadzierżgnięcie, wrzekome odprowadzenie przepukliny, przepukliny wewnętrzne, wreszcie wgłobienie ostre, (razem 99 spostrzeżeń) sprawa chorobowa zajmuje pierwotnie pętlę jelitową wraz z odpowiednim odcinkiem krezki; natomiast w gromadzie drugiej t. j wgłobieniu przewlekłem, zagięciu krętowatem, zrostach, ucisku, zatkaniu, zwężeniu bliznowatem, gruźlicy i raku jelita (ogółem 57 spostrzeżeń) krezka nie bierze bezpośredniego udziału w zmianach patologicznych. Jestto szczegół, wyciskający charakterystyczne piętno na całym obrazie chorobowym.

W gromadzie pierwszej, jak to dokładnie wykazały doświadczenia Kadera, spowodowane klinicznem spostrzeganiem Wahla, występują wskutek udziału krezki zaburzenia w krążeniu, których następstwem są zmiany, dotyczące tak ścian, jak i treści uwięzgniętej pętli jelitowej. Cały obraz tych zmian objęto nazwą wzdęcia miejscowego. Stan ten znaleźliśmy wśród operacyi we wszystkich przypadkach pierwszej gromady z wyjątkiem przypadków ze zgorzelą jelita. Dalszem następstwem zajęcia krezki sprawą chorobową jest rychłe występowanie zapalenia otrzewnej, które w naszych przypadkach pojawiło się 42 razy t. j. 42·4%. Zapalenie otrzewnej należy tłómaczyć z jednej strony przepuszczalnością ścian zmienionej pętli jelitowej dla drobnoustrojów, jak to dosadnie wykazują prace doświadczalne Arnda, Nepveau'a, Garréa, Bönnecken'a, Maklecowa, z drugiej strony zgorzelą jelita, która, jak w przypadku 43, już po 18 godzinach może się pojawić. Zgorzel jelita wogóle spostrzegaliśmy w tej gromadzie 27 razy t. j. 27·2%.

Obok tych zmian, zależnych od zajęcia krezki, spotykaliśmy zmiany w jelicie położonem powyżej uwięzgniętej pętli, zmiany, napotykane wogóle w niedrożności jelit mechanicznej, a polegające na rozkładzie, gromadzeniu się treści

i nadmiernem wydzielaniu gruczołów błony śluzowej jelita; jest to tak zwane wzdęcie zastoinowe.

W przypadkach świeżych wzdęcie zastoinowe zajmuje tylko najbliższy odcinek przed przeszkodą, powoli jednakowoż przenosi się i na dalsze części przewodu pokarmowego. Na rozmiary i rozległość tego wzdęcia ma ważny wpływ czas trwania sprawy, częstość wymiotów, wielkość wzdęcia miejscowego, umiejscowienie przeszkody, wreszcie obecność zapalenia otrzewnej. W skręcie kiszki esowatej widzieliśmy tylko 2 razy wzdęcie zastoinowe, zajmujące kiszkę grubą i jelito biodrowe; w innych zaś przypadkach ograniczało się ono tylko do kiszki grubej (znaczne rozmiary wzdęcia miejscowego, zastawka Bauchina). W przypadkach rozległego skrętu jelita biodrowego (spostrzeżeń 7) wzdęcie zastoinowe było nieznaczne (częste wymioty, znaczne wzdęcie miejscowe). W przypadkach zaś skrętu mniejszej pętli (17 razy) wzdęcie zastoinowe było znacznych rozmiarów. Skrętowi kątnicy towarzyszyło wzdęcie, zajmujące całe jelito biodrowe i część czczego, w zadzierzgnięciu rozmiary i rozłożenie wzdęcia wybitnie zależały również od wyżej wymienionych czynników. W przypadkach wrzekomego odprowadzenia przepukliny, jak i w przypadkach przepukliny podkątniczej wzdęcie było nieznaczne. Wreszcie wgłobienie ostre, zależnie od czasu trwania i zapalenia otrzewnej, przedstawiało 7 razy znaczne wzdęcie, w 7 zaś przypadkach wzdęcie było miernego stopnia.

Wzdęcie zastoinowe, działając mechanicznie na ściany jelita, sprowadza zaburzenia w krążeniu, a mianowicie przekrwienie bierne, które w wyższym stopniu może znów sprowadzić zgorzel, bądź to ograniczoną do błony śluzowej, bądź też nawet zajmującą całą grubość ściany jelita z następowem przedziurawieniem. (119, 129).

Dolny, t. j. leżący poniżej przeszkody odcinek jelita był zapadły, skurczony.

Zmiany anatomo-patologiczne w drugiej gromadzie spostrzeżeń polegały na wzdęciu zastoinowem, a obok tego w postaciach przewlekłych, a więc w wgłobieniu przewlekłem, zaciśnięciu bliznowatem, gruźliczem i rakowem, na znacznym przeroście warstwy mięsnej.

Zgorzel jelita pojawiała się znacznie później i względnie rzadko, gdyż tylko w 17 przypadkach t. j. 12·3% i to 4 razy zgorzel dotyczyła szczytu wgłobienia, raz pochodziła z zagięcia, 2 razy zaś była następstwem ucisku od zewnątrz.

Zapalenie otrzewnej spostrzegaliśmy w 4 przypadkach t. j. 7%, a mianowicie 3 razy wskutek zgorzeli jelita i raz wskutek rozpadu raka.

Odpowiednio do różnic anatomo-patologicznych różnie się też przedstawia obraz kliniczny tych dwóch działów mechanicznej niedrożności jelit.

Najważniejszymi objawami przedmiotowymi w gromadzie pierwszej jest wzdęcie miejscowe i ruch robaczkowy. Na 88 przypadków, w których dokładnie zaznaczono istnienie, lub brak wzdęcia miejscowego, zdołano wybadać 56 razy t. j. w 63·6%. Objaw ten występuje bardzo wcześnie n. p. w przypadku 10 już po 18 godzinach.

Nie zdołano wybadać wzdęcia miejscowego skutkiem: 1) zapalenia otrzewnej i związanego z niem znacznego ogólnego wzdęcia 23 razy; 2) uwięzgnięcia małej pętli jelitowej 4 razy (62,66, 70, 84); 3) głębokiego usadowienia uwięzgnięcia 5 razy (66, 70, 74, 80, 84); 4) guza pokrywającego wzdęcie miejscowe — raz (76); 5) znacznego wzdęcia zastoinowego — 2 razy (93, 97); 6) niedokładnego badania — 2 razy (68, 71); 7) rzeczywistego braku wzdęcia miejscowego — w jednym przypadku skrętu przewlekłego jelita biodrowego (35), a więc w przypadku właściwie do tej gromady nie należącym, oraz w przypadkach zgorzeli jelita.

Ze względu też na możliwość przeoczenia wzdęcia miejscowego z powodów, wyżej podanych, nadzwyczaj jest ważne badanie chorych w narkozie.

Porażenie pętli, będącej siedzibą wzdęcia miejscowego, które zdaniem Wahla, Zoege-Manteuffela, Kadera i innych szybko się pojawia, zależy wedle naszych spostrzeżeń najprawdopodobniej od nasilenia zmian w krążeniu czyli stopnia zaciśnięcia krezki. W przypadkach lżejszych porażenie nie tak nagle się rozwija. Zapatrywanie to opieram na 8 spostrzeżeniach, a mianowicie 6 skrętach kiszki esowatej i 2 skrętach jelita biodrowego. W przypadkach tych pojawiało się wśród napadowych bólów wyraźne stawianie się rozdętej miejscowo pętli, jakkolwiek choroba trwała od 2 do 10 dni. We wszystkich tych przypadkach stan jelita i otrzewnej był zupełnie dobry.

Drugim znamiennym objawem jest ruch robaczkowy, pojawiający się w jelicie, zajętem przez wzdęcie zastoinowe, a więc w ogóle w niedrożności jelit mechanicznej. Objaw ten występuje wcześnie, jak n. p. w przypadku 66 już po 16 godzinach. Porażenie, czyli zniknięcie ruchu jest następstwem nadmiernego rozdęcia jelita, albo zapalenia otrzewnej. Na 86 przypadków z gromady pierwszej, badanych w tym kierunku, ruch wybitny pojawił się 44 razy; w 42 przypadkach ruchu nie było: a to 27 razy z powodu porażenia jelita, w 15 zaś nie można go było wybadać z powodu zakrycia jelita, położonego powyżej przeszkody, przez wzdęcie miejscowe wielkich rozmiarów. Przelewanie w jelitach wskazywało jednakowoż, że ruch tu się odbywał. Ruchom występującym okresowo towarzyszy zazwyczaj silny ból.

Ruch robaczkowy, oznaczając do pewnego stopnia żywotność jelita, może mieć znaczenie w rokowaniu; i tak na 44 przypadki, w których ruch stwierdzono, śmiertelność wynosiła 40·9%, gdy na 42 nie wykazujących ruchu — 83·3%.

W przypadkach drugiej gromady spotykamy wzdęcie niejednostajne, względnie zarysowanie się pętli jelitowych, zależne od nierównomiernego wzdęcia zastoinowego, a obok tego, podobnie jak i w pierwszej gromadzie, zwiększony ruch robaczkowy. Ten ostatni objaw spostrzegaliśmy w 91·4% przypadków, a najwcześniej już w 10 godzin od pojawienia się pierwszych zaburzeń chorobowych.

W tych przypadkach drugiej gromady, w których ruch wykazano, śmiertelność wynosiła 40%, w tych zaś, gdzie ruchu nie dostrzeżono, 75%. Nie dostrzegliśmy ruchów w 4 przypadkach, a mianowicie: w przyp. 118, gdzie przeszkoda znajdowała się w jelicie czczem, a rozdęty żołądek przykrywał odcinek jelita, położony powyżej przeszkody; w przyp. 148 i 151 z powodu zapalenia otrzewnej; wreszcie w przyp. 155 ruch robaczkowy ustał wskutek nadmiernego rozdęcia jelita.

Wogóle co do ruchów, jako objawu niedrożności mechanicznej, dziwna panuje sprzeczność w zdaniach klinicystów. Zdaniem znacznej części autorów wybitne ruchy robaczkowe są prawie pewną oznaką niedrożności mechanicznej, ale przewlekłej, a warunkiem pojawienia się tego objawu ma

być przerost warstwy mięsnej jelita. Z naszych spostrzeżeń zaś wynika, że wprawdzie nasilenie ruchów w przypadkach przewlekłych jest większe, że jednakowoż już po 10 godzinach choroby, a więc bez przerostu warstwy mięsnej, ruchy są bardzo wybitne nawet u osób z jędrnemi powłokami i dobrze rozwiniętą podściółką tłuszczową. Zbierając krótko zmiany anatomiczne z jednej, a odpowiednie objawy kliniczne z drugiej strony, można ułożyć następujące ogólne zestawienie:

## I. Gromada.

### Uwięzgnięcie.

| Zmiany anatomiczne. | Objawy kliniczne. |
|---|---|
| I. Wzdęcie miejscowe. | I. Niejednostajne wzdęcie. Wzdęcie miejscowe. |
| II. Wzdęcie zastoinowe. | II. Ruch robaczkowy. |
| III. Rychłe wystąpienie zapalenia otrzewnej i zgorzeli jelita. | III. Brak ruchów, wzdęcie jednostajne, bolesność, bóle ciągłe i t. d. |

## II. Gromada:

### Zamknięcie światła jelita.

| Zmiany anatomiczne. | Objawy kliniczne. |
|---|---|
| I. Wzdęcie zastoinowe. | I. *a)* Nierównomierne wzdęcie. *b)* Ruch robaczkowy. |
| II. Brak większych zmian w krążeniu, chyba tylko w razie nadmiernego rozdęcia jelita. | II. Późno występujące zapalenie otrzewnej i zgorzel jelita. |
| III. W przypadkach przewlekłych przerost warstwy mięsn. powyżej przeszkody. | III. Ruch robaczkowy większego stopnia co do siły. |

Z tego krótkiego już zarysu głównych objawów, z pominięciem nawet przebiegu klinicznego, który naturalnie w stałe ramy ująć się nieda, wynika, że posiadamy dostateczne cechy, odróżniające te dwie grupy niedrożności mechanicznej.

Przenosząc te zasady na pole praktyczne i poddając je próbie naszego zestawienia, widzimy, że w gromadzie pierwszej zdołaliśmy wogóle rozpoznać niedrożność na tle uwięzgnięcia pętli jelitowej w 78·4% przypadków. Zestawienie zaś 21 przypadków pierwszej gromady, w których nie można było rozpoznać uwięzgnięcia, względnie zamknięcia światła jelita, poucza nas, że najważniejszą tego przyczyną (gdyż 10 razy) było powikłanie uwięzgnięcia z zapaleniem otrzewnej; inne przyczyny są jednoznaczne z powodami, nie dozwalającymi wybadać wzdęcia miejscowego (patrz wyżej).

W gromadzie drugiej rozpoznano ogólnie zamknięcie jelita w 84%. Przypadki nierozpoznane należą do zadawnionych, a więc powikłanych częściowo z zapaleniem otrzewnej, częściowo zaś porażeniem jelit wskutek wzdęcia zastoinowego znacznych rozmiarów.

Krótko mówiąc, na podstawie powyższych cech zdołamy w przypadkach wczesnych prawie zawsze odróżnić uwięzgnięcie od zamknięcia jelita. Chodziłoby tylko o to, czy dalszy krok naprzód t. j. odróżnienie w obrębie tych wielkich gromad pojedynczych postaci niedrożności jest możebne.

Przechodząc kolejno obrazy chorobowe, widzimy ściśle zaznaczone różnice; badanie jednak musi być nadzwyczaj dokładne, każdy najmniejszy szczegół tak w wywiadach, jak i w przedmiotowem badaniu musi być podniesiony i odpowiednio zużytkowany. Zestawienie zaś nasze wykazuje, że w gromadzie pierwszej zdołaliśmy rozpoznać dokładnie postać uwięzgnięcia w 65%, w gromadzie zaś drugiej rodzaj zamknięcia światła jelita — w 65%. Pomyłki rozpoznawcze odnosiły się głównie do przypadków zadawnionych.

Nasze postępowanie rozpoznawcze polegało w pierwszym rzędzie na rozstrzygnięciu pytania, czy objawy niedrożności pochodzą z przeszkody mechanicznej, czy czynnościowej. Pytanie to najczęściej nie sprawiało nam wielkiego kłopotu z wyjątkiem przypadków niedrożności mechanicznej, powikłanych z zapaleniem otrzewnej. Na dowód tego przytoczę jedynie tę okoliczność, że na 65 przypadków, rozpoznanych w ostatnich latach sześciu, jako niedrożność mechaniczna, nie potrzebowaliśmy rozpoznania tego zmienić wśród operacyi ani w jednym przypadku; i odwrotnie w kilkunastu przypadkach niedrożności czynnościowej rozpoznanie nasze zawsze się sprawdziło.

Z chwilą rozpoznania niedrożności mechanicznej staraliśmy się rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z uwięzgnięciem, czy też z zamknięciem jelita; następnie z którą postacią tych gromad niedrożności; wreszcie, w którem miejscu znajduje się przeszkoda.

Rozpoznanie miejsca niedrożności opieraliśmy przedewszystkiem na kształcie wzdęcia brzucha, kształcie i usadowieniu wzdęcia miejscowego w przypadkach uwięzgnięcia, a rozłożeniu wzdęcia zastoinowego w zamknięciu jelita. Znacznie mniej pewne wskazówki daje ruch robaczkowy, zwłaszcza w przypadkach ostrych. Wynik może oddać dobre usługi dość często, ale tylko przy obecności innych wskazówek; mianowicie odgłos metaliczny na ograniczonej przestrzeni, utrzymujący się stale w jednem miejscu, wskazuje na to, że istnieje tam znaczne wzdęcie jelita, czy to miejscowe, czy też zastoinowe. Badanie palcem przez odbytnicę, względnie przez pochwę, nadzwyczaj ważne wogóle przy badaniu niedrożności jelit, jest niezbędne również przy poszukiwaniu siedziby przeszkody. Wyniki badań zapomocą wlewań do odbytnicy, jak i sondowanie, nie mają wedle naszego doświadczenia prawie żadnego znaczenia. Właściwości bólu, jak i wymiotów mogą jedynie potwierdzić istniejące już rozpoznanie. Ważne znaczenie ma badanie moczu, a zwłaszcza w kierunku obecności lub braku indykanu.

Leczenie niedrożności jelit ma za zadanie przywrócić drożność jelita; drugie wskazanie, jeszcze ważniejsze, — to usunięcie zmian w krążeniu, gdyż z tej strony największe grozi choremu niebezpieczeństwo. Zmiany w krążeniu powstają przedewszystkiem wskutek zaciśnięcia krezki, a dalej wskutek rozdęcia ścian jelita. Usuwając wcześnie przeszkodę usuniemy naturalne jej skutki, a więc przywrócimy drożność i zarazem prawidłowe krążenie. Cel ten osiągnąć można tylko drogą mechaniczną.

Środki mechaniczne mogą działać pośrednio lub bezpośrednio. Do pośrednich należy zaliczyć środki, opróżniające górny odcinek przewodu pokarmowego, powyżej przeszkody położony, dalej środki, stósowane przez odbytnicę, a więc wlewania, nadymania i t. d., zadziałanie przez powłoki brzu-

szne, a więc mięsienie, wreszcie założenie przetoki kałowej. Sposób bezpośredni jest tylko jeden: otwarcie jamy brzusznej i usunięcie przeszkody.

Doświadczenie nasze poucza, że ze sposobów pośrednich działanie mechaniczne przez odbytnicę i przez powłoki brzuszne należy stanowczo odrzucić, są to bowiem środki prawie zawsze bezskuteczne, a często mogą stać się bardzo szkodliwymi wobec tego, że niepodobna przy nich ocenić stanu jelita. Pozostają przeto jedynie sposoby, zapomocą których opróżniamy górny odcinek przewodu pokarmowego, a więc przepłókiwania żołądka i założenie rzyci sztucznej, obok leczenia przypadowego. Środki te można stosować ze skutkiem oczywiście tylko w zamknięciu jelita, gdzie niebezpieczeństwo polega głównie na rozdęciu jelita doprowadzającego. Dla gromady pierwszej, czyli uwięzgnięcia, środki pośrednie nie mają znaczenia, nie usuwają bowiem zaburzeń w krążeniu.

Sposób bezpośredni, to jest otwarcie jamy brzusznej i usunięcie przeszkody w obu gromadach niedrożności jelit mechanicznej zadość czyni najważniejszym wskazaniom, a więc, jako taki, jest jedynie właściwem postępowaniem leczniczem.

Przeciwnicy leczenia operacyjnego podnoszą jednakowoż jeszcze dotychczas, wcale nawet poważne, jakby się zdawać mogło, — zarzuty, a to przedewszystkiem na podstawie porównywania wyników t. z. leczenia wewnętrznego z wynikami, osiągniętymi drogą chirurgiczną, a następnie na podstawie twierdzenia, że wynik operacyjny zależy w pierwszym rzędzie od dokładnego rozpoznania rodzaju i siedziby przeszkody, rozpoznanie to zaś sprawia nadzwyczaj wielkie trudności, albo nawet jest niemożliwe.

Porównywanie wyników leczenia środkami pośrednimi bezkrwawymi i przypadowymi czyli t. z. wewnętrznymi, które zazwyczaj ocenia się na 35% wyleczeń z wynikami operacyjnymi, stanowi wprost błąd logiczny. Są to wartości nierównorzędne. Pomijając względy teoretyczne, wykluczające wprost możliwość wyleczenia uwięzgnięcia środkami pośrednimi, cały nasz materyał pierwszej gromady wykazuje jasno, że ani jeden przypadek tej gromady nie mógłby przy leczeniu wewnętrznem skończyć się pomyślnie. (d. n.).

## III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ołtuszewski: **Psychologia oraz filozofia mowy.** Warszawa 1899.

Niniejsza praca jest z kolei trzecią, odnosząca się do nauki o mowie, tak zwanej przez autora logologii (badającej mowę ze stanowiska przyrodniczo-lekarskiego) i stanowi zakończenie dwu dawniej wydanych dziełek: „Fizyologii mowy“ i „Rozwoju mowy u dziecka oraz stosunku tego rozwoju do jego inteligencyi«. Autor podzielił swą pracę na trzy części. W pierwszej przedstawia w przebiegu historycznym przegląd prac, dokonanych przez językoznawców i filozofów, a dotyczących początków języka, jego istoty, oraz stosunku umysłu do mowy, w których to pracach nie uwzględniano jeszcze ani czynności mózgu przy mowie, ani też badań psychologicznych. W drugiej części dziełka rozważa autor prace lekarzy, usiłujących stworzyć psychologię mowy na zasadzie podkładu materyalnego, a więc odpowiedniej czynności mózgu, oraz uzupełnia je własnemi badaniami, dotyczącemi rozwoju inteligencyi i mowy u dziecka, a przedewszystkiem podstawy psychofizyologicznej rozwoju mowy, niezmiernie ważnemi zarówno dla psychologii mowy, jako też dla jej filozofii. Nakoniec w trzeciej części pracy, na zasadzie danych, przedstawionych w części drugiej, wypowiada autor pogląd na psychologię oraz filozofię mowy, odpowiadający wymaganiom współczesnej wiedzy. W zakończeniu uwydatnia autor ważność dokonanych badań dla wiedzy ogólnej lekarskiej, językoznawczej i wychowawczej. Praca ta ważna, w szczególności dla lekarzy, pracujących na polu logopatologii, nie nadaje się do szczegółowego rozbioru dla szerszego ich koła, a z tego względu uwydatniamy jedynie niektóre własne oraz nowe poglądy autora. W zapatrywaniu swem na podstawę psychofizyologiczną rozwoju mowy przypisuje O. ośrodkowi skojarzeniowemu średniemu, mieszczącemu się jak wiadomo w wyspie Reil'a, zdolność automatycznego wyłaniania wspomnień wyrazowych bez udziału ośrodka pojęć słownych, wyznacza mu więc ważną rolę w mowie wewnętrznej, będącej wynikiem połączenia pojęć słownych (mających swe siedlisko w ośrodku skojarzeniowym tylnym) z automatycznemi wspomnieniami wyrazów (gromadzących się w ośrodku skojarzeniowym średnim). Dla nagromadzenia owego zapasu śladów słownych w ośrodku średnim, nieodzownego do mowy automatycznej, musi dziecko poprzednio przez bardzo długi czas świadomie kojarzyć szereg głosów i szmerów (wyrazów) z odpowiednimi ruchami w narządach artykulacyi. To samo w zupełności dotyczy początkowego aktu czytania i pisania. W akcie psychicznym mowy zasługuje na zaznaczenie wykazana przez O. zasadnicza różnica między pamięcią słowną zmysłową, służącą do uświadamiania wrażeń zmysłowych, odnoszących się do aktu mowy, a kojarzeniową, której przeznaczeniem jest kojarzyć owe wrażenia zmysłowe z wyobrażeniami, a to dla wytworzenia pojęć słownych [1]). Zgodnie z przedstawioną podstawą psychofizyologiczną rozwoju mowy działają, według O., przy psychicznym akcie mowy dwa mechanizmy: niższy do pewnego stopnia automatyczny, mieszczący się w ośrodku średnim i wyższy dla pojęć słownych w ośrodku tylnym. Ostatni służy do łączenia pojęć słownych z mową automatyczną (wyrazami).

Odpowiedź na pytanie, dotyczące filozofii mowy, a więc stosunku umysłu do mowy, jej powstania, oraz rozwoju, znajduje autor w danych poczerpniętych z uprzedniej swej pracy: „O rozwoju mowy i inteligencyi u dziecka“, oraz w badaniach Romanes'a nad duszą i znakowaniem u zwierząt. Z badań tych okazuje się, że inteligencya człowieka stworzyła mowę, a nie odwrotnie, oraz że początku języka należy szukać w zaczątkowem znakowaniu u zwierząt, a więc na drodze naturalnego rozwoju gatunku. *W.*

## IV. Wyciągi.

Hasenfeld i Fenyvessy. **O sprawności serca stłuszczonego.** (*Berliner klin. Woch.* 1899. Nr. 6 i 7). Sprawność serca, które uległo zwyrodnieniu tłuszczowemu, badali H. i F. na zwierzętach, zatruwanych fosforem. Wyniki tych badań są nieco odmienne od dotychczasowych zapatrywań. Według nich nie dadzą się za życia rozpoznać znaczne nawet stopnie stłuszczenia serca, ponieważ nie upośledzają one czynności serca w sposób widoczny i nie wywołują żadnych wybitniejszych zaburzeń ze strony tego narządu. Sprawność serca, ulegającego szybko postępującemu zwyrodnieniu tłuszczowemu, niewiele w doświadczeniach autorów ucierpiała. Serce takie nietylko może podołać zwykłym swym zadaniom, ale może wykonywać nawet zwiększoną pracę i to przez czas dłuższy. Dopiero na krótki czas przed śmiercią pojawiają się oznaki niewyrównania, ale i wówczas jeszcze oddziaływa bardzo już stłuszczone serce na wstrzykiwania wyciągu z nad-

[1]) Do pamięci skojarzeniowej zalicza autor również pamięć ośrodka średniego.

nerczy, będącego, jak wiadomo, silnym środkiem sercowym. Jednakże serce stłuszczone wskutek działania fosforu jest znacznie wrażliwsze na niedostatek tlenu w ustroju, niż serce prawidłowe. Porażenie krążenia w zatruciu fosforem polega, według badań autorów, w znacznym stopniu na osłabieniu nerwów naczynioruchowych, a przyczyna śmierci leży raczej w naczyniach obwodowych, niż w sercu. Mimochodem zauważyli autorowie, że zwierzęta ciężarne bardzo źle znoszą zatrucie fosforem, a narządy miąższowe płodów również ulegają zwyrodnieniom.

Szukając wytłómaczenia tego niezwykłego zjawiska, że znaczne nawet stłuszczenie serca nie wywołuje oznak niewyrównania, zwracają się autorowie do sił zapasowych, w które serce nader jest zasobne; części mięśnia sercowego, które jeszcze nie uległy stłuszczeniu, mogą dzięki temu wynagrodzić ubytek czynnościowy części stłuszczonych zapomocą wzmożonej czynności. Zaburzenia sercowe powstaną dopiero po wyczerpaniu i tych sił zapasowych; kiedy to nastąpi, to zależy w każdym razie od tego, ile komórek mięsnych przestało działać; im rozleglejsze będzie stłuszczenie, tem szybciej zasób sił serca się wyczerpie.

Autorowie nie wahają się przenieść wyników swych doświadczeń do patologii ludzkiej, a to z tego względu, że czynność serca zależy u rozmaitych zwierząt ssących od tych samych czynników, co u człowieka. Na tej podstawie sądzą autorowie, że niezbyt długo trwających, a miernych stopni stłuszczenia nie można za życia rozpoznać i że nie można zatem objawów osłabienia serca bez zastrzeżeń odnosić do stłuszczenia serca. Chociaż w takich przypadkach rozbiór zwłok wykaże najczęściej stłuszczenie serca, to jednak nie mamy jeszcze prawa sądzić, że to stłuszczenie właśnie było przyczyną zaburzeń sercowych. Stłuszczenia powstają zawsze, jeśli ustrój cierpi na brak tlenu. Pewien zaś czas trwające zaburzenia sercowe brak taki sprowadzić muszą; stłuszczenie serca w większości przypadków będzie w ten sposób skutkiem, a nie przyczyną zaburzeń sercowych. Pewnem jest, że znaczna część przyczyn stłuszczenia na czynność serca nie wpływa, możliwem zaś, że niektóre z tych przyczyn osłabiają także siłę serca. Autorowie nie zaprzeczają, że bardzo znaczne i długotrwałe stłuszczenie serca może po wyczerpaniu się wszystkich sił zapasowych zdrowych części mięśnia sprowadzić zaburzenia sercowe i stać się ostateczną przyczyną śmierci, jednakże uważają to za rzecz rzadką, odpowiednio do tego, że i przy rozbiorze zwłok rzadko tylko spotyka się tak bardzo wielkie stłuszczenia serca. Wreszcie podnoszą autorowie raz jeszcze z naciskiem, że wnioski ich odnoszą się tylko do zmian miąższowych serca, to jest do zmian samego ciała komórek mięsnych i nie stoją w sprzeczności z wagą zmian anatomicznych serca wogóle, między któremi coraz większe znaczenie przypisuje się w nowszych czasach zmianom międzymiąższowym, szczególnie rozsianemu zwyrodnieniu włóknistemu, mogącemu prawdopodobnie upośledzać znacznie czynności nawet tych komórek mięsnych, które pozostały zdrowe. *Ciechanowski.*

R o s e n f e l d (Wrocław): **Kliniczne rozpoznanie wielkości, kształtu i położenia żołądka.** *(Centralblatt für innere Medicin.* 1899. Nr. 1). Wielkie znaczenie dla klinicysty posiada rozpoznanie wielkości, kształtu i położenia żołądka. Zazwyczaj określa się wielkość żołądka w odniesieniu do pępka. Jednakowoż jestto sposób niedobry, bo pępek niema stałego położenia na powłokach brzusznych. Zdarza się pępek nawet daleko ponad wysokością grzebienia, jak i poniżej guza przedniego wyższego kości biodrowej. Dlatego autor wnosi, aby rozróżniać w przyszłości trzy nowe linie dla oznaczania żołądka, a mianowicie: 1) linia łącząca szczyty obu żeber dziesiątych: l i n i a ż e b r o w a, *linea bicostalis;* 2) linia łącząca najwyższe wzniesienia obu grzebieni kości biodrowych: l i n i a g r z e b i e n i o w a, *l. bicristalis;* 3) linia łącząca oba guzy wyższe kości biodrowych: l i n i a g u z o w a, *l. bispinalis.*

Prawidłowy kształt żołądka opisywali inaczej dawni anatomowie (Hyrtl), inaczej opisują nowi. Dawni sądzili, że żołądek ma w ciele ludzkiem kształt leżącego C, że mała krzywizna jest łukiem górnym, a wielka krzywizna łukiem dolnym. Tymczasem mała krzywizna wcale w ten sposób nie przebiega, lecz zupełnie inaczej, bo prostopadle, a nawet nieco bardziej na lewo w niższej części; jeżeli już się chce mówić o równoległości pomiędzy obiema krzywiznami, to nie można wobec tego rozróżniać krzywizny górnej i dolnej, ale tylko krzywiznę prawą — małą, — i lewą — wielką. W ogóle, jak się o tem sam autor przekonał na zwłokach, żołądek w $^2/_3$ częściach, począwszy od góry, od wpustu, przebiega nietylko pionowo w dół, ale nawet zbacza od pionu na lewo o kilka cm.; a w ostatniej $^1/_3$ skręcając się pod kątem ostrym lub łukowato na prawo idzie poziomo, albo mniej więcej w górę poprzed pierwszym kręgiem lędźwiowym. Pusty żołądek więc ma kształt nie leżącego, ale stojącego C, tylko odwrotnie napisanego Ɔ. Od tego prawidła są jednak liczne wyjątki. Pominąwszy zboczenia żołądka zdrowego, kształt żołądka zmienia się w stanach chorobowych. Opadnięcie żołądka *(gastroptosis)* ma oznaczać, że żołądek zresztą prawidłowy leży niżej. Autor jednakowoż zaprzecza, jakoby istniało opadnięcie żołądka bez równoczesnego rozszerzenia i utrzymuje, że obie zmiany idą ze sobą w parze. Rozszerzenie żołądka może się rozciągać w kierunku pionowym albo poziomym, albo w jednym i drugim.

W dalszym ciągu zastanawia się autor nad sposobami, służącymi do rozpoznania rozszerzenia.

W y d y m a n i e g a z e m kwasu węglowego (wprowadzone przez F r e r i c h s a i M a n n k o p f a) nie jest godne polecenia. Rozdęcie jest za gwałtowne i za silne, daje wprawdzie pojęcie o rozciągliwości ścian żołądka, ale nie o wielkości i kształcie żołądka w całości. Zresztą większa część rozdętego żołądka chowa się pod łukiem żebrowym, a wypuklenia okolicy odźwiernika nie można, jak to często się dzieje, brać wprost za żołądek. W y d y m a n i e p o w i e t r z e m (wprowadzone przez O s e r a, R u n e b e r g a, E w a l d a) daje lepsze już wyniki, ale i w tym razie więcéj rozciągliwe żołądki mogą się bardzo powiększyć. Obmacanie, wypuk, oznaczenie zapomocą pluskania mogą dać często dobre wyniki, ale też nieraz zawodzą. Wprowadzanie t w a r d e g o z g ł ę b n i k a podług L e u b e g o nie prowadzi do celu, bo koniec zgłębnika nie zawsze dochodzi do najgłębszego miejsca dna żołądka, ale się może oprzeć wyżej na ścianie żołądka, jak to w ostatnich czasach można widzieć podczas prześwietlania Roentgenowskiego. Toteż sam Leube już swój sposób zarzucił. Najlepiej jeszcze się nadaje m i ę k i z g ł ę b n i k podług B o a s a, a wymacanie jego podaje rzeczywiście położenie wielkiej krzywizny pod tym oczywiście warunkiem, że zgłębnik da się wymacać, i tylko wtedy daje niemylne wyniki, gdy badany stoi. Prześwietlanie światłem elektrycznem t. z. *„gastrodiaphania“* jest sposobem zanadto sztucznym i w najlepszym razie wymaga niezmiernej wprawy ze strony badającego.

W przeciwieństwie do tych wszystkich sposobów podaje autor nowy w ł a s n y sposób oznaczania wielkości, położenia i kształtu żołądka. Używa do tego miękiego zgłębnika bez otworu u dołu; napełnia go na jakie 30 cm. w dolnym końcu śrutem grubszym, wrzucając kulki przez światło zgłębnika z góry. Zgłębnik taki waży mniej niż 150 gr., nie może więc zanadto obciążyć żołądka. Na samym dolnym końcu wypala się rozżarzonym drutem dziurki drobne, przeznaczone na to, aby można było nadać powietrzem przez zgłębnik jamę żołądka. Powietrze, wpychane zwykłym balonikiem, przechodzi pomiędzy kulkami śrutu i dostaje się przez dziurki do żołądka. Śrut znów jest za duży na to, aby wypadł przez dziurki. Nie zatyka się na stałe światła zgłębnika, aby go można po każdem użyciu oczyścić, przewracając po prostu zgłębnik do góry końcem dolnym i wysypując śrut, który tak samo, jak sam zgłębnik można obmyć. Wprowadzenie zgłębnika odbywa się w zwykły sposób, tylko dosyć głęboko, aby zgłębnik mógł dosięgnąć do spodu żołądka, o czem się natychmiast można przekonać przy po-

mocy prześwietlenia Roentgenowskiego. Koniec zgłębnika wypełniony śrutem wybornie się odznacza nawet u otyłych ludzi. Teraz przymierza się do powłok brzusznych pręt cynowy dokładnie w miejsce przebiegu zgłębnika na obrazie roentgenowskim. Odpowiednio ukształtowany pręt, wsunięty pomiędzy brzuch, a ciennik (ekran), nakrywa cień rzucony od zgłębnika. Natychmiast można ołówkiem na skórze oznaczyć kreską przebieg prętu, jako rzut spodu żołądka na powłoki brzuszne. Jeżeli się chce w dalszym ciągu zobaczyć cały żołądek, to wydyma się go powietrzem i prześwietla sposobem Roentgenowskim. Tam, gdzie wejdzie powietrze, widać miejsce jednostajnie jasne. Bardzo często można też zauważyć z boku wcięcie pochodzące od śledziony. Najlepiej wchodzi zgłębnik, jeżeli w żołądku jest cokolwiek płynu, bo wtedy ślizga się po dnie i może dojść aż do odźwiernika. Ponieważ wydęty żołądek nie może długo pozostać bez zmiany, więc zdjęcie rontgenogramu jest trudne, a nawet niepodobne, jednak można na ciennik położyć papier przeźroczysty i na nim ołówkiem oznaczyć zarysy.

Autor podając sposób, przez siebie obmyślony, zachęca do prób, ponieważ za pomocą niego można dokładnie uzmysłowić położenie, kształt i wielkość żołądka w stanie prawidłowym i we wszystkich zmianach chorobowych.

*Dr. Eljasz-Radzikowski.*

I. Prof. Naunyn: **O zajściach w przebiegu kamicy żółciowej, które rozstrzygają o wskazaniach do operacyi.**

II. K. Löbker: **Moje doświadczenia w dziedzinie patologii i chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten*, T. IV, Z. 1). N. w zasadzie zgadza się z zapatrywaniami Riedela (cf. ref. w „Przegl. lekar." 1898, Nr. 34) przyznając sprawom zapalnym *(cholecystitis* i *cholangitis)* w przebiegu kamicy żółciowej przeważne znaczenie i sądząc, że wielka część przypadków tak zw. kolki żółciowej zależy nie od przesuwania się kamyków, lecz od tych właśnie od czasu do czasu powracających i znikających zapaleń. Mimo to uważa N. tę chorobę za wcale niegroźną, z własnego bowiem doświadczenia zestawia statystykę 150 chorych, z których zmarło 20. Niebezpieczeństwo grozi tylko w przypadkach rozwinięcia się raka w pęcherzyku żółciowym, przewlekłej żółtaczki, i powikłań takich, jak: przedziurawienia do jamy otrzewnej, przetoki, ropnie wątroby itd. A zatem choroba ta może wśród leczenia wewnętrznego przebiegać pomyślnie albo przez to, że przechodzi w okres utajenia, który klinicznie (nie anatomicznie) równa się wyleczeniu, trwa bowiem czasami całe dziesiątki lat, albo też przez odejście kamieni (małych, drogami naturalnemi, wielkich zaś przez przetokę do dwunastnicy, która powstaje powoli skutkiem ucisku kamieni). Dlatego też i ze względu na brak rozległych statystyk, któreby przekonywały, że po operacyach choroba nie wraca, wskazania do operacyjnego leczenia zacieśnia N. do przypadków *cholecystitis-cholangitis acutissima* (która tak czy owak każe bardzo źle rokować); *hydrops vesicae felleae;* w razie ciężkiego przebiegu, z częstymi i groźnymi nawrotami i gdzie leczenie karlsbadzkie pozostało bez skutku; a w przypadkach przewlekłej żółtaczki z zatorowania przewodu wspólnego chyba tam, gdzie istnieje jakieś prawdopodobieństwo rozwinięcia się raka.

II. Löbker przyznaje N., że zdarzają się przypadki zupełnego wyleczenia dobrowolnego z kamicy żółciowej, mianowicie tam, gdzie małe kamyki łatwo, choćby wśród napadu kolki, odejść mogą zupełnie. Lecz obok tego istnieje wielu takich chorych, u których wprawdzie po odpowiedniem leczeniu znikają kurcze i żółtaczka, a może nawet pęcherzyk żółciowy staje się zupełnie nie macalny, zawsze jednak przy dokładnem obmacywaniu stwierdzić możemy tkliwość w miejscu, odpowiadającem pęcherzykowi. Pozostawiając takich chorych ich własnemu losowi, wystawiamy ich na możliwość znanych powikłań, wśród których rak pęcherzyka bynajmniej do rzadkości nie należy. Autor znalazł bowiem na 172 operacyj — 17 razy raka pęcherzyka w następstwie kamicy żółciowej, i to najczęściej takie postaci, które niemal od początku do końca przebiegały utajone, nie sprawiając choremu żadnych prawie dolegliwości. Lepiej zatem narazić chorych na mniejsze niebezpieczeństwo operacyi, niż na większe — powikłań i następstw samej choroby. L. badał i leczył 367 chorych na kamienie żółciowe, a 172 (15 m. 157 k.) operował. 17 cierpiało na raka pęcherzyka żółciowego, u 37 wykonał *cholecystotomią* (bez przypadku śmierci), 87 r. wyciął cały pęcherzyk (umarło 2), 12 r. wykonał *cholecystostomią* (2 umarło), 1 r. *cholecystentorostomią* i kilka mniejszych operacyi. Ogółem na 155 operacyi osiągnął L. 149 wyleczeń, a 6 chorych zmarło skutkiem i po operacyi.

*Herman.*

M. Walthard (Berno): **O wymóżdżeniu płodu zapomocą trójramiennego kranioklastu.** *(Monatschr. f. Geburtsh. und Gynaek.*, Tom IX, Zeszyt I, 1899). Wychodząc z założenia, że miękie części kanału rodnego matki wtedy najłatwiej uchronić można od uszkodzeń przy wyciąganiu przedziurawionej i wymóżdżonej główki płodu, gdy główkę tę całkowicie uda się zmiażdżyć, autor porównywa ze sobą wartość używanych dotąd sposobów wymóżdżenia i wydobycia płodu.

Przy użyciu kranioklastu Brauna w większości przypadków udaje się zmiażdżyć tylko górną część czaszki, dla zgniecenia zaś podstawy czaszki potrzeba położenia twarzowego lub conajmniej czołowego główki. Pozostała więc niezgnieciona część czaszki przedstawia w dalszym ciągu znaczną przeszkodę przy wydobyciu płodu. Przytem kranioklast nieraz ześlizguje się lub wyrywa przy pociąganiu wraz z częściami kości, co przyczynić się może łatwo do uszkodzenia części miękich rodzącej. Kefalotrybem można wprawdzie zmiażdżyć główkę przy każdem jej ustawieniu, lecz przedewszystkiem dobre założenie tego narzędzia jest bardzo trudne, zwłaszcza, gdy główka jest ruchoma ponad wchodem miednicy. Potrzeba wtedy pomocnika, któryby przez cały czas zakładania łyżek i zgniatania ustalał główkę przez powłoki brzuszne; od tego rękoczynu zależy całe powodzenie operacyi. Przytem często główka, silniej od dołu zgniatana, a nieraz niezupełnie dobrze dająca się uchwycić między łyżki kefalotrybu, wyślizgnąć się może ku górze, naprzód lub wtył. Wskutek tego nagłe obsunięcie się narzędzia znów stać się może przyczyną urazów kanału rodnego matki.

Najlepiej zatem odpowiadałoby zadaniu narzędzie, któreby jednocześnie ustalało główkę w jej pionowej osi i zastosowane było do całkowitego zgniatania czaszki wraz z jej podstawą. Narzędziem takiem jest kranioklast, złożony z 3-ch części, który w rozmaitych odmianach używany był już od lat czterdziestych bieżącego stulecia. Zasada jego jest taka: środkowa część narzędzia, zaopatrzona na końcu ostrzem z gwintem, służy zarazem do przedziurawienia czaszki i ma być wśrubowaną w otwór potylicowy podstawy czaszki *(foramen magnum)*, aby w ten sposób główkę ustalić. Dwie boczne zaś części zakładają się jak łyżki kefalotrybu po obu stronach główki, która następnie zmiażdżona zostaje całkowicie, niewyłączając podstawy czaszki. Ujemna strona takiego narzędzia jest ta okoliczność, iż działa ono dobrze wtedy tylko, gdy główka nastawia się do przedziurawienia okolicą ciemienia wielkiego, tak, że otwór potylicowy, a względnie podstawa czaszki znajduje się naprzeciwko otworu trepanacyjnego. Jeśli zaś główka ustawioną jest inaczej, wtedy ostrze narzędzia nie trafia w otwór potylicowy, a spotykając się z podstawą czaszki pod kątem zbyt ostrym, ślizga się po niej, nie mogąc znaleść punktu oparcia. Dla zapobieżenia tej niedogodności autor obmyślił nową odmianę trójramiennego kranioklastu. Ulepszenie polega na tem, że środkowa część narzędzia zaopatrzona jest w śrubę o podwójnym gwincie, z których każdy kończy się oddzielnem ostrzem; gwinty są nacięte bardzo głęboko, a krok ich jest mały. Te niewielkie napozór zmiany w pierwotnym typie kranioklastu sprawiają, że śruba o dwóch końcach łatwo chwyta się kości, nawet gdy pod bardzo ostrym kątem się jej dotyka; że do wkręcenia jej potrzeba bardzo małego ciśnienia; że trzyma się

w otworze nadzwyczaj mocno (wytrzymuje ciśnienie 70—90 klgr., nawet po wkręceniu w kości cienkie czaszki); że więc, co najważniejsza, w dowolnym punkcie czaszki wkręcona, zdoła zupełnie ustalić główkę. Pozostałe dwie łyżki połączyć się dają z częścią środkową zapomocą zamków, które też utrzymują wszystkie trzy ramiona kranioklastu w jednej płaszczyźnie, umożliwiając dokładne zmiażdżenie całej czaszki. Z pomocą powyżej opisanego kranioklastu wykonał autor 11 operacyi zmiażdżenia i wydobycia główki łatwo i pewnie, przyczem nigdy nie zauważył uszkodzenia części rodnych matki, obsuwania się, lub wyrywania się narzędzia z kawałkami kości. Przebieg wszystkich połogów był prawidłowy zupełnie. (Instrument ten, według wskazówek autora, wykonała firma G. Klöpfer w Bernie). *J. K.*

Prof. Rosenheim Th.: **Przyczynki do wziernikowania przełyku.** *(Oesophagoskopia). (Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 4 i 5). W przełyku wydarzają się zmiany chorobowe, które dają zupełny obraz kliniczny raka, a jednak nie mają z nim nic wspólnego. Wprawdzie są to przypadki dosyć rzadkie, jednakowoż ze względu na grozę rozpoznania raka, należy o nich zawsze pamiętać i wystrzegać się, aby na podstawie trudności w połykaniu i przeszkody w wprowadzeniu zgłębnika nie rozpoznawać już nieodwołalnie raka przełyku. O ile można, trzeba się uciekać do wziernikowania przełyku, równocześnie uwzględniając inne objawy chorobowe. Autor podaje szereg nadzwyczaj zajmujących przypadków, któreby można pomięszać z rakiem. Po szczegóły przypadków odesłać muszę czytelników do oryginału, bo trudno je w ramach streszczenia pomieścić. Ogólnie biorąc, w jednym przypadku był uchyłek przełyku, w drugim skurcz przełyku *(spasmus oesophagi)*, w innych zwiotczenie *(atonia)*, ucisk od guza śródpiersia, zapalenie przewlekłe przełyku *(oesophagitis chronica)*.

Rozpoznanie wogóle jest trudne, bo sam autor w przypadku uchyłka przełyku mimo wziernikowania był pewien, że ma do czynienia z rakiem, a dopiero rozbiór zwłok wykazał właściwy stan rzeczy. Ponieważ jednak wziernik nie mógł przejść przez zwężenie, a dotychczas przy rakach przełyku zawsze się to autorowi udawało, uważa więc R. ten szczegół za przemawiający przeciw rakowi. Nie było też wyraźnych znamion w obrazie wziernikowym, jakie towarzyszą rakowi przełyku, to jest sterczących, szarych wybujałości, owrzodzeń z brzegami ostrymi, ropy lub krwi.

Skurcz przełyku obok ogólnego usposobienia nerwowego ma się cechować tem, że objawy utrudnionego połykania raz występują, potem znowu ich brak, a przy wprowadzaniu zgłębnika zawsze istnieje opór, który po chwili może ustąpić.

W zwiotczeniu przełyku znamiennym jest wyraźny niestosunek pomiędzy łatwem wprowadzaniem zgłębnika, a podmiotowem utrudnieniem w połykaniu.

Ucisk z boku n. p. przez guz śródpiersia zazwyczaj dotyczy tylko jednej strony przełyku; w tych więc przypadkach spotyka się wypuklenie ściany, które się da obejść zgłębnikiem, a widzieć je można dobrze zapomocą wziernika.

Przypadki przewlekłego zapalenia przełyku są dotychczas bardzo ciemne co do etyologii. Prawdopodobnie występują one najczęściej u pijaków w następstwie bezpośredniego drażnienia błony śluzowej wyskokiem. Mogą jednak pochodzić i z innych przyczyn. I tak nadmierna kwasota w żołądku działając wstecz na przełyk może dać powód do przewlekłego jego zapalenia. Może też zapalenie przejść na przełyk z sąsiedztwa np. z gardła lub krtani. Nie należą tutaj zapalenia przełyku ostre, pochodzące z przyczyn, łatwych do odgadnienia, jak po sparzeniu, połknięciu ciała obcego lub zaziębieniu. Obraz wziernikowy w zapaleniu przewlekłem przełyku przedstawia błonę śluzową żywo zaczerwienioną i to nie tylko w jednem miejscu, ale zazwyczaj w całym przebiegu lub w obszernych, podłużnie przebiegających pasach. W tych ostatnich przypadkach leczenie miejscowe zapomocą wstrzykiwań 1—4% roczynu kamienia piekielnego daje bardzo dobre wyniki, bo znosi nadczułość błony śluzowej wywołaną przez powierzchowne nadżerki.

*Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Krafft-Ebing: **Przepracowanie miejscowe przyczyną drżączki porażnej (porażenia z drżeniem[1])** *(paralysis agitans). (Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 5). W obrazie klinicznym porażenia z drżeniem zauważył autor, że, jeżeli choroba ta nie zaczęła się na kończynach dolnych pod wpływem urazu (patrz sprawozdanie z pracy tegoż autora o drżączce porażnej pod wpływem urazu, „Przegląd lekar." Nr. 6 z r. b.), to poczyna się zawsze na kończynach górnych, a przeważnie na prawej. I tak z 88 przypadków własnych tej choroby nie urazowego pochodzenia, spostrzegał autor początek porażenia z drżeniem w 50 przypadkach na kończynie górnej prawej, a w 38 na lewej. Niestety nie zwracał autor uwagi na to, czy i ilu pomiędzy tymi chorymi z początkiem porażenia na ręce lewej było mańkutów. Spostrzeżenia te zachęciły autora do zwracania baczniejszej uwagi na wywiady i nasunęły mu na myśl, że może istnieje szczególna przyczyna, wskutek której choroba z upodobaniem zajmuje kończyny górne, tem więcej, że coś podobnego przedstawiają nerwice zawodowe. Ponieważ przeważna liczba ludzi więcej natęża kończyny górne, aniżeli dolne, a rękę prawą więcej, niż lewą; ponieważ dalej praca kończyn górnych jest o wiele więcej złożoną, niż kończyn dolnych; wreszcie z powodu, że narządy ośrodkowe i włókna nerwowe, należące do kończyn górnych posiadają zapewne drobniejszą i misterniejszą budowę w porównaniu do kończyn dolnych, zyskuje pewną podstawę przypuszczenie, iż przepracowanie miejscowe (natężenie jednej ręki) jest przyczyną powstania porażenia z drżeniem i pierwotnego jego usadowienia się w rękach, a szczególnie w prawej. Trzeba oczywiście usposobienia do tej choroby, a wtedy nawet względnie nieznaczne przepracowanie zdoła ją wywołać. Na poparcie poglądu, że miejscowe przepracowanie *(surmenage local)* może podobnie, jak uraz, wywołać omawianą chorobę, potrzeba spostrzeżeń dokładnych, którymby nie można zrobić żadnego zarzutu. Autor przytacza dwa własne takie przypadki. Malarz, człowiek starszy (66 lat) malując dużo i bez wypoczynku, trzymał paletę w ręce lewej i od niej poczęło się porażenie z drżeniem. — Tokarz (54 lat) wprawiając w ruch koło nogą prawą, przechylał się na stronę lewą i opierał cały ciężar ciała na nodze lewej. Porażenie zaczęło się w nodze lewej, a potem objawiło się także w ręce lewej. W piśmiennictwie znalazł autor dwa dawniej opisane przypadki (z tych jeden ciekawy: rzeźnik izraelita zabijał 150 gęsi naraz, przyczem głowę drobiu przytrzymywał ręką lewą, od niej też po latach zaczęła się choroba). Na mocy tych spostrzeżeń należy w przyszłości w etyologii porażenia z drżeniem uwzględniać przepracowanie miejscowe. Zajmującą jest rzeczą, że i u zdrowych ludzi po natężającej pracy mięśniowej występuje drżenie z powodu znużenia, zupełnie podobne do drżączki porażnej. Wogóle należy uważać samo drżenie w tem porażeniu tylko za objaw czynnościowy choroby, a przez to rozjaśnią się przypadki z drżeniem niestałem lub nawet pozbawione drżenia. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Pott. **Działanie promieni Röntgena na hodowle zarazków gruźliczych.** *(The Lancet* 1897). Niektórzy autorowie polecali na podstawie swoich doświadczeń leczenie gruźlicy płuc zapomocą promieni Röntgena, które miały sprowadzać poprawę stanu chorobowego. Nie wykazano jednak, czy działanie to odnosi się do zarazków gruźliczych, czy też do ota-

[1]) *Paralysis agitans* każe tłomaczyć ostatni Słownik terminologii lekarskiej polskiej przez „drżączka porażna". Tymczasem jest to mojem zdaniem tłomaczenie nie dobre, bo nie ścisłe. Jeden, wprawdzie najważniejszy objaw, wysuwa to tłomaczenie naprzód i przez to powstaje inne pojęcie. Jeżeli się mówi o samej drżączce, jako objawie, to można się wyrażać drżączka porażna. Jeżeli jednak chodzi o chorobę, jako pojęcie odrębne, to nie można inaczej mówić, jak tylko „porażenie z drżeniem" albo „porażenie drżenne", a to tem bardziej, że drżenie jest w tej chorobie tylko objawem czynnościowym, którego może w niektórych przypadkach brakować chwilowo albo nawet zupełnie. (Przyp. sprawozdawcy).

czających je tkanek. Pott badał wpływ promieni Röntgena na czyste hodowle zarazków gruźliczych. Doświadczenia wykazały, że zarazki gruźlicze, na które przez 10 godzin działały promienie Röntgena, rozwijały się dalej tak, jak i te hodowle, które nie były wystawione na działanie promieni. Wynika z tego, że jeśli w gruźlicy płuc pod wpływem promieni Röntgena następuje jakaś poprawa, to ta poprawa musiałaby zależeć nie od działania promieni na zarazki gruźlicze, lecz od wpływu na otaczające tkanki. *Dr. Batko.*

Dr. Engelien: **Przypadek tężca urazowego leczony surowicą przeciwtężcową.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899. Nr. 5). Autor opisuje przypadek tężca, który wystąpił u 45-cioletniego mężczyzny w piątym dniu po wbiciu sobie drzazgi w skórę palca wskazującego. Tężec rozpoczął się kurczem mięśni grzbietowych i krzyżowych i objął wkrótce wszystkie mięśnie do tego stopnia, że mocz musiano odprowadzać cewnikiem. Dopiero w ósmym dniu od wystąpienia pierwszych objawów wstrzyknięto choremu 250 jednostek immunizacyjnych (według obliczeń Behringa) i tyleż dnia następnego, poczem stan nieco się pogorszył, ale już trzeciego dnia zauważono, że sztywność mięśni karku nieco się zmniejszyła, gorączka jednak i zaburzenia świadomości były w tym dniu największe. Następnych dni zaczął zwolna ustępować tężec innych mięśni, chory zaczął mocz oddawać bez cewnika, a w siódmym dniu mógł już usiąść. W 11 dniu zaczął się przechadzać, a w 26 dniu opuścił szpital. Wyleczenie odnosi autor do surowicy przeciwtężcowej, a gorączkę i zaburzenia świadomości uważa za odczyn ustroju na surowicę. Że surowica w najcięższych przypadkach tężca zawodzi, nic dziwnego, bo przecież w każdej chorobie istnieją najcięższe przypadki, gdzie wszelkie leczenie zawodzi i prawdopodobnie zawsze zawodzić będzie. Dlatego złe wyniki w ciężkich przypadkach nie powinnyby odstraszać lekarza praktycznego od zastosowania surowicy. *Dr. Batko.*

---

## V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.
(Ciąg dalszy).

Piperidinum guajacolicum (Guajaperolum) $C_5H_{11}N.(C_7H_8O_2)_2$. Są to igiełki i tabliczki krystaliczne, do 3,5% w wodzie, a łatwo w wielu organicznych płynach rozpuszczalne. Według A. Chaplina i E. W. Tunnicliffea skuteczność zależy od obu składników, na które się środek ten dopiero w dwunastnicy rozkłada. Piperidyna działa zwężająco na naczynia, a podniecająco na rdzeń, gwajakol zaś odkaża błonę śluzową. Stosują też od lat wielu środek ten w gruźlicy krtani. Zapisuje się:

*R.: Piperidini guajacolici 5.00*
*Aquae dest. 120.0*
*Mucilag. semin. Cydoniae; Syrupi simpl. aa 40.0.*
MDs.: 1—3 łyżeczek 3 razy dnia zażyć.

Protargolum jest to połączenie srebra z białkiem, a przedstawia się jako proszek delikatny, żółtawy, w zimnej i ciepłej wodzie łatwo rozpuszczalny. Zawartość srebra metalicznego w protargolu wynosi 8%. Według prof. Neissera środek ten działa, drążąc w głąb tkanki, a nie wywołuje przytem podrażnienia. Nadaje się też do leczenia rzeżączki, szczególniej ostrej. Wstrzykiwania robi się 3 razy dnia, zaczynając od ¼% roztworu, potem dochodząc do ½—1%. Leczenie trwa od 3—4 tygodni. Benazio używa protargolu przy zastrzale, ranach dartych i miażdżonych w postaci wysychających okładów, napojonych 5% roztworem środka, także w postaci proszku do zasypywania, lub 10% maści. Przy rzeżączce zapisuje się:

*Rp.; Protargoli 0.5—1.0—2.0*
*Glycerini 0.5—1.0*
*Solut. Natr. chlor. (0.6%) 200.0.*
*Detur ad vitr. nigr.*
S.: 3 razy zastrzyknąć według podanych wskazówek.

*Dr. Żychoń.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. Hanschel (z kliniki laryngol. prof. Chiariego w Wiedniu) donosi o dobrych wynikach, uzyskanych przy zastosowaniu Xeroformu jako środka, osłaniającego rany. Xeroform da się dobrze rozpylić, nie drażni tak, jak jodoform, a równie dobrze chroni rany od zakażenia i ogranicza wydzieliny. To samo można powiedzieć o gazie xeroformowej, 10%, używanej do tamponów po operacyach w nosie, które mimo 2—3 dniowego pozostawania nie wywoływały objawów zadrażnienia. Wielką zaletą xeroformu jest także jego bezwonność. *R.*

Doc. Dr. F. Tauszk stosował z pomyślnym skutkiem heroinę, nowy lek zastępujący morfinę, w 16 różnych przypadkach (gruźlicy, zapaleń płuc i opłucnej, w nieżytach oskrzeli). Jest to środek kojący; działanie występuje szybko (n. p. w dychawicy po 0,003 heroiny napad natychmiast ustąpił) i nie wywołuje ubocznych objawów. U kilku swych chorych stwierdził T. pod pewnym względem nawet wyższość heroiny nad morfiną i kodeiną, które stosowane były w dużych dawkach. W zapaleniu płuc heroina działa nie tylko kojąco, ale i uśmierzająco; działanie uśmierzające heroiny stwierdził T. także w nerwobólach n. trójdzielnego, w cukrówce, bólu głowy połowiczym, morzyskach i rwie kulszowej. T. podawał *pro dosi* 0·01—0·03 w proszku z *sacchar., natr. bicarb., sulf. aurat. antim.* ½ do 1 godziny przed jedzeniem. Przy dłuższem używaniu heroiny należy dawkę powiększyć o 0·005 gr. T. sądzi więc, że heroina dla szybkiego działania, tak kojącego, jak i uśmierzającego, utrzyma się między nowemi w ostatnich czasach polecanymi lekami. *G.*

Koelzer (Gryfia) przeprowadziwszy cały szereg doświadczeń z metakresolanytolem (40% metakresol 60% anytiny) na zwierzętach, którym wstrzykiwano paciorkowce i posocznicę mysią (oba jady wywołują u królików objawy róży), użył tego środka z dobrym skutkiem u ludzi (5) chorych na różę, pędzlując zajęty obszar skóry na 3—7 ctm. w obwodzie skóry zdrowej co 2 godz. przez 2—3 dni *(D. m. Woch.,* 43, 1898). Dodać tu należy, że w tym przedmiocie doświadczenia z anytyną robił Loeffler i na posiedzeniu Tow. Lek. w Gryfii wyraził przekonanie, że tak anytyna [zawierająca obok węglowodoru, wodoru i tlenu, także siarkę (16·5%) i amoniak (4·5%)], jak i środki łatwo w anytynie rozpuszczalne, a szczególnie metakresol (środki te nazywa anytolami), okazują dość znaczne własności przeciwgnilne. Ten ostatni przetwór jak i anytyna w 3% roztworze działały pomyślnie w dławcu przy stosowaniu miejscowem, tak na prątki jak i na jad, — a ponieważ nie drażnią błony śluzowej, powinny być zdaniem S., użyte do dalszych prób. *F. K.*

Powietrze sztuczne *(La Semaine medicale,* 1899, Nr. 4). Na posiedzeniu *Académie de médecine* w Paryżu dnia 24 stycznia b. r. podał Laborde w swojem i Jauberta imieniu wiadomość o wynalezieniu pewnej istoty chemicznej, która przez proste zetknięcie się z zepsutem powietrzem odnawia je i powraca mu poprzednie własności. Istota ta zabiera w zupełności z powietrza zepsutego kwas węglowy, parę wodną i wytwory nieprzydatne do oddechania, a w miejsce ich najdokładniej matematycznie wprowadza tlen, którego było brak. Jak doświadczenia okazały, może dorosły człowiek oddechać przez dobę w ściśle zamkniętej przestrzeni (np. pod wodą w podmorskiej łodce, lub jako nurek) zapomocą 3—4 kg. wynalezionej przez obu autorów istoty chemicznej. W celach leczniczych można z pomocą kilku gramów istoty tej wytworzyć kilkadziesiąt litrów czystego tlenu.

*Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Meckertchiantz przepisuje następujące leczenie *(La sem. med.* 1898) przy rzeżączce pochwy: po przepłókaniu i obsuszeniu pędzluje tak ściany pochwy, jak i szyję macicy nalewką jodową i powtarza to co 2—3 dni, w dniach przerwy zaś zaleca przepłókiwanie roztworem nalewki; przytem smarować każe codziennie na przemiany podbrzusze i lędźwie nalewką jodową. Gdy objawy zapalne miną, pędzluje kanał szyi mieszaniną nalewki (1) z glyceryną (2), a gdy sprawa przeniosła się do jamy macicy, rozszerza ujście i tak samo działa na wnętrze macicy, dając zarazem jod na wewnątrz. *F. K.*

Ehrmann *(Wien. m. Bl.* 1898. 46) używając przy wypryskach szczególnie na rękach i nadmiernem poceniu *tannoformu* w postaci maści *(T. 3.0 Lanolin. Ung. simpl. aa 15,0)* lub pudru z łojkiem w stosunku 1:4, — stwierdza, że środek ten działa na przybłonki gruczołów potowych, zmniejszając ich czynność, a przy drobnych obrażeniach przyskórka i wypryskach, szczególnie sztucznie wywołanych, dalej przy oparzeniach i zapaleniach skóry okazał się lepszym, niż dotąd używane środki. *F. K.*

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie zwyczajne z dnia 15 lutego 1899 r.**

Przewodniczy kol. prezes prof. Dr. Pieniążek. Członków obecnych 18.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Doc. Baurowicz przedstawił dwa przypadki twardzieli z kliniki laryngologicznej i omówił wyniki leczenia 84 przypadków, zebranych od początku otwarcia oddziału twardzielowego po koniec roku 1898.

W dyskusyi wzięli udział kol.: Pieniążek, Borzęcki i Sroczyński.

Kol. Spira mówił: „O nerwobólu usznym". (Rzecz przeznaczona jest do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol.: Raczyński i Pieniążek.

Sekretarz doroczny: *Dr. Lewkowicz.*

## VII. Kilka uwag w sprawie leczenia błonicy surowicą w Galicyi.

(Dokończenie).

II.

Obok systematycznego leczenia surowicą błonicy, prowadzonego bez przerwy od lat czterech, z zajęciem również odczytywałem prace, ogłaszane w tym przedmiocie w zawodowych pismach lekarskich, — z uwagą rozglądałem się w sprawozdaniach i wykazach statystycznych o błonicy, podawanych z innych szpitali, śledząc, o ile i w czem gdzieindziej otrzymane wyniki leczenia zgadzają się ze spostrzeżeniami, poczynionemi u mnie w szpitalu św. Ludwika. I w ostatnim czasie z ciekawością wziąłem do rąk Nr. 47 czasopisma *Das Oesterreichische Sanitätswesen* z dnia 24 listopada 1898, w którem ogłoszone jest sprawozdanie z przebiegu chorób zakaźnych w Austryi w r. 1897. W dziale odnoszącym się do błonicy nie bez zdziwienia wyczytałem, że w leczeniu tej choroby surowicą, Galicya ostatnie zajmuje miejsce; a zdziwienie to będzie łatwem do pojęcia, uwzględniając tę okoliczność, że na kilka miesięcy wprzód umieszczonem było w roczniku *Jahrbuch für Kinderheilkunde* (tom XLVI, 1898 pag. 450) sprawozdanie z czynności szpitali dzieci, a w niem co do leczenia błonicy surowicą, krakowski szpital św. Ludwika poczestne zajmuje miejsce. W sprawozdaniu tem bowiem (złożonem za r. 1896), daty statystyczne co do błonicy i jej leczenia przedstawiają się, jak następuje:

| W szpitalach austryackich dla dzieci | Było chorych z błonicą | Leczono | | Dokonano intubacyi | Zmarło | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | surowicą | bez surowicy | | Ogółem | % |
| Szpital św. Anny w Wiedniu | 453 | 407 | 46 | 69 | 89 | 20·5 |
| Szpital św. Józefa w Wiedniu | 310 | * | * | 42 | 93 | 32·2 |
| Szpital Leopoldstadzki w Wiedniu | 183 | * | * | 32 | 41 | 23·1 |
| Szpital nast. tronu Rudolfa w Wiedniu | 160 | 148 | 12 | 25 | 28 | 17·6 |
| Szpital Karoliny w Wiedniu | 103 | * | * | — | 19 | 18·9 |
| Szpital ces. Franciszka Józefa w Pradze | 250 | * | * | 52 | 32 | 12·8 |
| Klinika dziecięca na czeskim uniw. w Pradze | 126 | 94 | 32 | 8 | 22 | 17·4 |
| **Szpital św. Ludwika w Krakowie** | **217** | **217** | — | **105** | **44** | **20·3** |
| Szpital św. Anny w Gracu | 239 | * | * | * | * | 12·5 |
| Szpital Ubogich w Budapeszcie | 225 | * | * | 85 | 84 | 37·5 |

* W sprawozdaniu niema wzmianki, czy i wielu chorych było leczonych surowicą.

Z liczb w powyższej tablicy podanych, z łatwością odgadnąć można, że do krakowskiego szpitala św. Ludwika oddawano dzieci w późnym okresie choroby, z rozwiniętymi objawami dławca, gdyż przy średniej liczbie chorych, w porównaniu z innymi szpitalami, tutaj najwięcej dokonano intubacyi. Mimo to odsetek śmiertelności utrzymuje się w odpowiedniej proporcyi do innych szpitali.

Tymczasem co do błonicy i jej leczenia surowicą w roku 1897 cyfry ułożone na podstawie sprawozdań urzędowych przedstawiają się, odnośnie do Galicyi, jak następuje:

| | |
|---|---|
| Chorych na błonicę było . | 3151 |
| Zmarło . . . . . . . | 1133 = 36% |
| Leczono surowicą . . . . | 505 |
| t. j. w stosunku do wszystkich chorych leczono tylko . . . . . . . . | 16% |

Podając powyższe cyfry, nie mogę przecież pominąć milczeniem następującego szczegółu, że po wydaniu rozporządzenia Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 25 lutego 1895 L. 30890, przesyłałem za pośrednictwem biura fizyka miasta Krakowa wykazy imienne wszystkich chorych, leczonych surowicą w szpitalu św. Ludwika i nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w podanem powyżej sprawozdaniu z roku 1897 w liczbie 505 znajdują się i chorzy, którzy w tymże roku przebyli leczenie w szpitalu św. Ludwika.

Było ich 236, z tych zmarło 52 = 21·5%.

Po odjęciu tej liczby chorych od leczonych w całej Galicyi, cyfry powyżej podane przedstawiają się, jak następuje:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Na . . . . . | (3151—236) = 2915 | chorych | |
| leczono surowicą | (509—236) = 273 | „ | = 9·36% |

Znając stosunki na miejscu w Krakowie i w najbliższej okolicy, stanowczo twierdzić muszę, że liczba leczonych surowicą w rzeczywistości w r. 1897 była o wiele większą, niż to sprawozdanie urzędowe wskazuje. Podzielam też w zupełności zapatrywania Szanownej Redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, podane w „Wiadomościach bieżących" w numerze 1 z r. 1899, że wielu lekarzy wolnopraktykujących u pacyentów swych, nawiedzonych błonicą, surowicę stosowało, o tem jednak władzy nie zawiadamiało. Inaczej jednak być nie mogło wobec tego, że w myśl powyżej podanego reskryptu Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 25 listopada 1895 r., główny nacisk położony jest na to, aby skutki leczenia surowicą były przedkładane przez lekarzy, zajmujących posady w publicznych szpitalach. Jeżeli więc chodzi o to, aby sprawozdania urzędowe zgadzały się z faktycznym stanem rzeczy, byłoby pożądanem, aby wolnopraktykujący lekarze przez odnośne sanitarne władze miejscowe do składania tych sprawozdań byli zawezwani, a dla ułatwienia tej czynności, aby im doręczono odpowiednio do celu ułożone formularze.

Chociażby w Galicyi w ubiegłym już czasie lekarze donosili o wszystkich przez siebie surowicą leczonych chorych, może nie w tak rażący sposób, ale zawsze pozostałby kraj nasz nieco w tyle poza innemi prowincyami państwa austryackiego, a to z powodu ubóstwa przeważnej liczby chorych, dotkniętych błonicą. Wiadomą jest rzeczą, że wszystkie choroby zakaźne w ogólności, a błonica w szczególności, najwięcej szerzą się między najuboższą klasą ludności, która w razie choroby na leczenie się żadnych nie posiada środków. Czyż ubogi wieśniak lub rzemieślnik, mimo największego przywiązania do dziatek swoich, mógł był n. p. w roku 1895 dla dziecka nawiedzonego błonicą, kupować do jednorazowego tylko zastrzyknięcia surowicę po cenie od 14 do 6 marek, albo nawet w latach następnych aż do końca roku 1898 po cenie od 2 złr. do 1 złr. 50 ct.?!

W innych prowincyach państwa austryackiego, ubodzy pod tym względem w korzystniejszych znajdowali się warunkach. W wielu prowincyach państwa, dłużej już, niż u nas, istniejące kasy chorych są liczniejsze, dokładniej zorganizowane i zasobniejsze, wskutek czego w razie potrzeby udzie-

lają one, o ile mi wiadomo, członkom swym surowicy bezpłatnie, lub po zniżonej cenie. Nadto w początkowej erze stosowania surowicy (1895—1896) czytaliśmy w pismach peryodycznych, że w większych miastach, gdzie znajdują się szpitale dla dzieci (głównie zaś w Wiedniu i w Pradze), znaleźli się prywatni dobroczyńcy, ofiarujący znaczne kwoty kierownikom tych szpitali na zakupno drogiej surowicy, w celu ułatwienia stosowania jej u chorych ubogich, a co w naszym kraju niestety miejsca nie miało, z wyjątkiem odosobnionej ofiary dla szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie, ze strony Wielkiego Wydziału Kasy Oszczędności m. Krakowa, o czem już powyżej w sprawozdaniu tem nadmieniłem. Wreszcie w niektórych prowincyach państwa i w okupowanych krajach Bośni i Hercogowiny lekarze powiatowi, a podobno nawet lekarze wolnopraktykujący, otrzymują od paru lat surowicę, zakupioną kosztem rządu, celem stosowania jej bezpłatnie u chorych ubogich. W Galicyi w ubiegłym czasie ułatwienia tego w leczeniu surowicą ubogich nie było, — na dowód czego przytoczyć mogę, że w r. 1896, gdy napływ chorych z błonicą do szpitala św. Ludwika i to przeważnie zamiejscowych, był tak duży, że z funduszów bieżących z trudnością tylko koszta zakupna surowicy pokrywać mogłem, wniosłem na dniu 3 lutego tegoż roku podanie do Wys. c. k. Namiestnictwa we Lwowie o udzielenie dla szpitala św. Ludwika z funduszów, przeznaczonych na tępienie chorób zakaźnych, odpowiedniej zapomogi pieniężnej, lub ostatecznie bezpłatnie pewnej ilości surowicy, w celu stosowania jej u chorych ubogich. Podanie to pozostało bez skutku.

Obecnie w kraju naszym stosunki te na korzystniejszą przechodzą drogę, gdyż, jak dowiadujemy się z okólnika c. k. Namiestnictwa z dnia 5 stycznia 1899 L. 101378/98 (zob. *Przegląd lekarski* Nr. 4 1899), otrzymały starostwa polecenie do sprowadzania w razie potrzeby surowicy przeciwbłoniczej z Zakładu higienicznego c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, zostającego pod kierunkiem prof. Dra Bujwida, w celu stosowania jej u ubogich przez lekarzy delegowanych z urzędu do leczenia chorych na błonicę. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że lekarze do tej czynności delegowani z powyższego rozporządzenia Wys. c. k. Namiestnictwa w całej pełni skorzystają, surowicę u chorych ubogich stosować, a o otrzymanych wynikach władze zawiadamiać będą.

Wśród tych nowych, dla leczenia błonicy korzystnych warunków, spodziewać się można, że w niedalekiej przyszłości, w najbliższem sprawozdaniu urzędowem o chorobach zakaźnych, w dziale odnoszącym się do błonicy, wyczytamy, że w Galicyi na 100 chorych, dotkniętych tą chorobą, w przeciwstawieniu do dotychczasowych stosunków, tylko 16% nie będzie leczonych surowicą, a w ślad za tem okaże się, że i dziś wysoki procent śmiertelności (36%) obniży się znacznie, jak to ma miejsce w innych prowincyach monarchii, n. p. w Tryeście (14·8%), Niższej Austryi (18·7%), Styryi (19·3%), gdzie już obecnie leczenie surowicą nietylko w szpitalach, ale i u chorych prywatnych, przez lekarzy wolnopraktykujących w wielkich rozmiarach znajduje zastosowanie.

Kraków, dnia 21 lutego 1899 r.

*Prof. Dr. Jakubowski.*

## VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

*Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu lutym 1899.*

W miesiącu tym szczepiono ogółem 20 osób; w liczbie tej 4 osoby pozostałe w leczeniu ze stycznia i 4, — pozostające nadal w leczeniu na miesiąc marzec 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 20 osób ze względu na rodzaj pokąsania:

| Pokąsania | B. | C. | Liczby ogólne |
|---|---|---|---|
| w twarz i głowę . . . . . . . . | 2 | — | 2 |
| w kończyny górne . . . . . . . | 3 | 8 | 11 |
| w kończyny dolne i tułów . . . . | 2 | 5 | 7 |
| w ciało nagie . . . . . . . . . | 5 | 7 | 12 |
| przez ubranie . . . . . . . . . | 2 | 6 | 8 |
| liczby ogólne . . . . . . . . . | 7 | 13 | 20 |

Zwierzętami kąsającemi były we wszystkich powyższych przypadkach psy.

Kraków, dnia 1 marca 1899.

*O. Bujwid.*

— Centralna kasa wzajemnej pomocy lekarzy niemieckich składa się z trzech działów, prowadzonych odrębnie: 1) kasa chorych, 2) kasa niezdolnych do pracy, 3) kasa zabezpieczenia na starość. i przyjmuje za opłatą rocznych wkładek lub jednorazową zabezpieczenia na: 1) odszkodowanie w czasie choroby w wysokości 5—10 marek dziennie; w razie śmierci otrzymuje rodzina odprawę, równą odszkodowaniu za 10 dni choroby; 2) utrzymanie niezdolnych do pracy (500—1500 mk. rocznie, a w danym razie osobno ubezpieczenie na życie 500—1500 mk.). Członkiem kasy może być każdy lekarz niemiecki, przed przekroczeniem 50 roku życia. Po 6 tygodniach należenia do kasy zyskuje się prawo do odszkodowania przez 26 tygodni (względnie przez rok), jednakże prawo do odszkodowania mają tylko chorzy dłużej, niż przez 8 dni. Członkiem kasy niezdolnych do pracy może być tylko członek kasy chorych. Zabezpieczenie może być uskutecznione albo tak, że obowiązuje odrazu, lub też tak, że ubezpieczony nabywa praw dopiero po 5 latach opłacania wkładki (tak zw. „Carenzzeit"). Aby otrzymywać dziennie 1 M. odszkodowania z prawem do odprawy 50 M. w razie śmierci, opłacają członkowie kasy chorych: jednorazowo 141·60 M. lub rocznie 8·80 M., jeżeli wstępując do kasy liczą 30 lat życia; w 40 roku ż. 150·60, wzgl. 11·55 M.; w 50 r. ż. 159·05 wzgl. 16·70 M. Aby w razie niezdolności do pracy otrzymać dożywotnią płacę roczną 1000 M. należy opłacać: a) przy ubezpieczeniu, obowiązującem odrazu: w 30 r. ż. jednorazowo 1324·05 M. lub rocznie 81·50 M.; w 40 r. ż. 1897·00 wzgl. 143·60 M.; w 50 r. ż. 2716·70 wzgl. 276·25 M. b) przy ubezpieczeniu, obowiązującem po 5 latach („Carenzzeit"); w 30 roku ż. 1113·60 wzgl. 78·10 M., w 40 r. ż. 1528·50 wzgl. 131·45; w 50 r. ż. 2028·90 wzgl. 234:45 M. Po 5 latach należenia nabywają członkowie praw do udziału w zyskach (dywidenda). *(Correspbl. für schw. Aerzte, — Heilkunde V).*

## IX. Wiadomości bieżące.

*Kraków, 9 marca 1899 r.*

D. 25 lutego odbył się we Lwowie pod przewodnictwem protomedyka Dra Merunowicza VII-my Zjazd lekarzy powiatowych, na który przybyło przeszło 70 członków.

Obrady zagaił przewodniczący przemówieniem powitalnem, a następnie podał do wiadomości zebranych, że Towarz. lekarzy galicyjskich ustanowiło nagrodę konkursową w kwocie 300 zlr. za najlepszą pracę z dziedziny higieny, wskazując na takie tematy, jak higiena przemysłowa, podręcznik do zastosowania ustawy o fałszowaniu środków żywności, rozmiary nadużywania napojów wyskokowych w kraju i t. d.

W dalszym ciągu zdawał sprawę Dr. Obtułowicz, c. k. lekarz powiatowy we Lwowie, o nieuregulowanych stosunkach prawnych cmentarzy, tak pod względem higienicznego urządzenia, jak i nadzoru. Sprawozdanie Dra Obtułowicza dało wątek do poważnych rozpraw. Ważną tą sprawą ma się zająć krajowa Rada zdrowia.

Obecny na posiedzeniu prof. higieny i dyrektor krakowskiego Zakładu dla badania środków spożywczych, Dr. Bujwid, wyjaśniał postanowienia ustawy o fałszowaniu środków żywności. Zakłady te są w okresie organizowania się; dotychczasowa jednak działalność Zakładu krakowskiego dosadnie dowiodła, jak ta instytucya jest niezbędną. Stosowanie ustawy złożono przeważnie na barki lekarzy powiatowych; rozprawy na ten temat uwydatniły, że ta ich tak ważna i pożyteczna działalność spotyka się nie tylko z brakiem poparcia u władz, lecz nawet z stawianiem zapór takich, że na razie ustawa o fałszowaniu środków spożywczych ma w Galicyi tylko teoretyczne znaczenie. Nie pierwsza to dobra i zbawienna ustawa pozostaje u nas martwą dla braku jednolitości działania i biurokratycznej gnuśności.

* Uznając potrzebę tworzenia dalszych okręgów sanitarnych, uchwaliła sejmowa Komisya sanitarna odwołać się do Wys. Sejmu o upoważnienie do zorganizowania w roku bieżącym 16 nowych okręgów w następujących 15 powiatach: grybowskim, kamioneckim, ropczyckim, rudeckim, śniatyńskim, wielickim, buczackim, kossowskim, sanockim, sokalskim, tarnobrzeskim, brzeżańskim, chrzanowskim, jarosławskim i wadowickim.

Od czasu powołania do życia tej instytucyi utworzono 100 okręgów sanitarnych w 59 powiatach. Z tych, już zorganizowanych 100 okręgów, jest nieczynnych 14, mianowicie: w Wybranówce, Dzikowie, Kozowej, Podbrzu, Lubieniu Wielkim i Dąbrowicy, Probużnej, Majdanie Średnim i Nadwornej, Kurowicach, Tucholce, Nowem Siole, Boryni i Mościskach. Sejmowa Komisya Sanitarna wyraża przekonanie, że wśród przyczyn, dla których te okręgi nie są obsadzone, pierwsze miejsce zajmuje brak należycie ukwalifikowanych kandydatów. Byłoby rzeczą w wysokim stopniu ważną dowiedzieć się, dla czego, wobec tak wielkiej liczby lekarzy bez stałego zajęcia w Galicyi, w szczególności w wielkich miastach, władza autonomiczna nie może znaleźć kandydatów na te okregi? bo jeśli siedziba tych okręgów znajduje się w zapadłym kącie, gdzie nie tylko środki komunikacyjne są niemożebne, ale i warunki bytu, to jest wyżywienia i mieszkania są wielce utrudnione, a tem samem koszta życia droższe, to rzecz prosta, że posada lekarza okręgowego w takiej miejscowości powinna być inaczej i stosowniej wynagradzaną. Znając nieszczególne stosunki materyalne lekarzy galicyjskich, musimy przypuścić, że w tych 14 okręgach muszą być wyjątkowo niekorzystne warunki dla osiedlenia się lekarza okręgowego; na 100 okręgów, 14 nieobsadzonych, to zbyt poważny odsetek: a skoro przekonani jesteśmy, że dziś w Galicyi braku kandydatów być nie może, to chyba w statucie tej instytucyi tkwi przyczyna, dla której lekarze od niej stronią.

Przydałoby się więcej światła w tej sprawie.

— Biblioteka Towarz. lek. krak. otrzymała w darze od kol. Dr. Renckiego poszyty, uzupełniające roczniki 1892 i 1897 »Berliner klin. Wochenschrift«, a za uprzejmem pośrednictwem JW. Prof. Dr. Gluzińskiego zupełne roczniki 1889 i 1890 tegoż czasopisma od kol. Dr. Kramarzyńskiego; za dary te składam ofiarodawcom najuprzejmiejsze podziękowanie.

*Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,*
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Dzienniki niemieckie lekarskie, rozpisując się o nędzy, zaglądającej coraz więcej do domów lekarzy, przytaczają od czasu do czasu jaskrawe jej przykłady; donoszą n. p. o lekarzu na Morawach, który na starość musiał przyjąć posadę lekarza okręgowego z płacą 300 złr. rocznie bez żadnych dodatków; ponieważ jednak był niedołężny i schorowany, przeto koledzy okoliczni załatwiali za niego wszelkie czynności, byle zachować mu ową płacę, chroniącą od śmierci głodowej. Kiedy wreszcie zmarł niedawno, gmina pokryć musiała koszta pogrzebu z funduszu ubogich. Podobno przykłady takie dałyby się odszukać i u nas. Zapobiedzby mu mogło utworzenie kasy chorych. Czemu jednak zapobiedz nie można, to coraz gorszym stosunkom materyalnym wśród młodszych lekarzy. Słyszeliśmy, że nie jeden, ale kilku młodszych kolegów stara się o miejsca suplentów gimnazyalnych, byle wywalczyć sobie chleb powszedni...

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Witold Dłużyński.

**Mianowania i przeniesienia.** Namiestnik mianował asystentów sanitarnych: Dra Leopolda Haima i Dra Teofila Bąkowskiego koncepistami sanitarnymi, i przeniósł lekarzy powiatowych: Dra Franciszka Sobolewskiego z Brodów do Lwowa, Dra Józefa Friedberga z Zaleszczyk do Brodów i Dra Leopolda Haima z Krakowa do Cieszanowa; asystentów sanitarnych: Dra Cyryla Dolnickiego z Peczeniżyna do Zaleszczyk, Dra Aleksandra Jastrzębskiego ze Stanisławowa do Peczeniżyna i Dra Romana Małaczyńskiego ze Lwowa do Sambora. Prof. Dr. Leopold z Drezna powołany został na katedrę położnictwa i ginekologii w niemieckim Uniwersytecie w Pradze. Prof. Geppert otrzymał wezwanie do objęcia katedry farmakologii w Giessen, jako profesor zwyczajny.

**Nekrologia.** Dr. Leopold Mieczkowski, urodzony w roku 1833 w Prusach Zachodnich; nauki gimnazyalne odbył w Chełmnie; w roku 1853 wstąpił na wydział lekarski w Berlinie, który ukończył w r. 1857. W r. 1859 uzyskał prawo do praktyki lekarskiej w Królestwie Polskiem; w latach 1863 i 1864 niósł pomoc lekarską rannym. Po półtoraroczinej wycieczce za granicę osiedlił się w Mławie, następnie Płocku, a później Włocławku. W miesiącach letnich pełnił obowiązki lekarza zdrojowego w Ciechocinku. Prócz dysertacyi na stopień doktora medycyny, zostawił kilka rozpraw, dotyczących wód ciechocińskich i zakładu zdrojowego w Ciechocinku. Ludwik Przesmycki urodził się na Wołyniu w r. 1839; do gimnazyum uczęszczał w Białej Cerkwi; nauki lekarskie odbył w Warszawie. Był założycielem i kierownikiem Zakładu kumysowego w Sławucie. Dr. Aleksander Jopkiewicz zmarł w Bodzentynie z duru osutkowego. Dr. Salezy Bursztyński zmarł w Częstochowie w 80 r. życia. Dr. William Rutherford, profesor fizyologii, zmarł w Edynburgu. Dr. Studtgaardt, prof. chirurgii, zmarł w Kopenhadze. Dr. Mavrogeni Pasza, naczelny lekarz sułtańskiego dworu, kierownik czasopisma »Gazette médicale d'Orient«, zmarł w Konstantynopolu. Dr. Józef Coats, profesor patologii, zmarł w Glasgowie.

**Artykuły oryginalne**, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 9: Męczkowskiego W.: O. syryngomyelii. Łapińskiego W.: Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie choroby Littla (dok.). Dr. Kossakowskiego W.: Rumień lombardzki. W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 3: Dr. Schroetera P.: Przypadek urazu nerki. Dr. Grodeckiego F.: Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą. Dr. Goldenberga A.: Epidemia duru brzusznego poronnego. Dr. Brzezińskiego J.: Notatka z higieny przemysłu fabrycznego. Dr. Rząda A.: W sprawie przytułków dla dzieci wiejskich na czas robót polnych. Dr. Łazarowicza K.: Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich. Dr. Sterlinga S.: Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych. W *Medycynie* Nr. 9: Dr. Steinhausa J.: Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków. Sachsa F.: O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca (dok.).

**Redakcya otrzymała:**

— Dr. Handelsman Bronisław: Mięsak śródpiersia przedniego. Łódź, 1899. (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, Nr. 2),

— Jasiński Wł.: Antropologia kryminalistyczna, a sprawiedliwość. (Lwów).

— Tenże: Die Gerechtigkeit vom Standpunkte der Criminalanthropologie. Wiedeń, 1899. (Odbitka z *Wiener medizinische Wochenschrift*, Nr. 6).

— Dr. Frank E.: Zu prophylaxe des Trippers. Berlin, 1899. (Odbitka z *Allg. Med. Central. Zeitung*, Nr. 5).

— Doc. Dr. Schramm H.: Beitrag zur Lehre von den Nabelschnurbruchen. Wiedeń, 1899. (Odbitka z *Wiener medizinische Wochenschrift*, Nr. 7).

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie posiedzenie zwyczajne dnia 15 b. m., we środę, w sali Śniadeckich (Collegium novum), o godzinie 6-tej wieczorem, na którem kol. Dr. Latkowski mówić będzie: *O wpływie wody maryenbadzkiej na trawienie.*

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.